

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav porodní asistence

Hana Seberová

Péče o ženu po perinatální ztrátě

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Svancarová

Olomouc 2023

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

V Olomouci dne 27.4.2023

Hana Seberová

Ráda bych poděkovala mé vedoucí bakalářské práce Mgr. Kateřině Svancarové, za odborné vedení a cenné rady.

## **ANOTACE**

**Typ závěrečné práce:** Bakalářská práce

**Téma práce:** Péče o ženu po perinatální ztrátě

**Název práce:** Péče o ženu a jejich rodiny po prodělané perinatální ztrátě

**Název práce v AJ:** Caring for women and their families after perinatal loss

**Datum zadání:** 2022-11-31

**Datum odevzdání:** 2023-4-27

**VŠ, fakulta, ústav:** Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav Porodní asistence

**Autor:** Hana Seberová

**Vedoucí práce:** Mgr. Kateřina Svancarová

**Oponent:**

**Abstrakt v ČJ:**

Tato přehledová bakalářská práce se zabývá péčí o ženu po perinatální ztrátě.

Cílem bylo dohledat a sumarizovat poznatky v oblasti perinatální péče a dopad na ženy a jejich rodiny. Zhotovená práce byla dohledána z výzkumných studií, a to z databází EBSCO, PUBMED a Google Scholar. Práce byla rozpracována do tří cílů. Prvním dílčím cílem bylo sumarizovat aktuální dohledatelné poznatky v péči o ženu po perinatální ztrátě v nemocničním prostředí. Celosvětově se v roce 2015 narodilo odhadem 2,6 miliónů mrtvých dětí. V České republice se v roce 2021 narodilo 404 mrtvých dětí z celkového počtu 112 097 narozených dětí. Pozůstalá rodina zažívá úzkost, smutek, depresi a další psychosociální problémy. V nemocnicích se porodní asistentky snaží poskytnout dostačující péči a podporu při rozloučení se s dítětem. Právě proto je doporučován přímý kontakt rodiny s dítětem. Dále je možné vytvořit upomínkové předměty. Mezi ně patří fotografie dítěte, vytváření otisků a uchovávání pramenů vlasů. Druhým dílčím cílem bylo sumarizovat aktuální dohledatelné poznatky v oblasti perinatální péče v šestinedělí. S touto problematikou je spojena kontinuální péče porodních asistentek a podpůrných služeb o ženy a jejich rodiny. Do této problematiky zařazujeme i téma pitvy a pohřbu. Tento dílčí cíl se také pojí se samotným dopadem péče na porodní asistentky poskytující perinatální péči. Třetím dílčím cílem práce bylo sumarizovat aktuální dohledatelné poznatky o problematice dalšího těhotenství po perinatální ztrátě. V této oblasti je nabízena častější perinatální návštěva a psychosociální podpora porodních asistentek.

Pozůstalé rodiny jsou spokojeni s klinickou podobou perinatální péče, avšak dochází k nespokojenosti v oblasti psychosociálních potřeb. Dohledané poznatky práce by se daly využít jako výukový materiál pro studenty porodní asistence pro lepší pochopení psychosociálních potřeb rodin a porodních asistentek. Dále mohou pomoci porodním asistentkám v nemocnicích a komunitním porodním asistentkám během poskytování perinatální péče v praxi.

**Abstrakt v AJ:**

This review bachelor thesis deals with the care of women after perinatal loss. The aim was to trace and summarise the knowledge in the field of perinatal care and the impact on women and their families. The thesis was retrieved from research studies, namely EBSCO databases, PUBMED and Google Scholar. The thesis was developed into three objectives. The first sub-objective was to summarize the current traceable evidence in the care of women after perinatal loss in the hospital setting. Globally, an estimated 2.6 million stillbirths occurred in 2015. In the Czech Republic, 404 stillbirths will occur in 2021 out of a total of 112,097 births. The bereaved family experiences anxiety, grief, depression, and other psychosocial problems. In hospitals, midwives try to provide sufficient care and support to say goodbye to the baby. This is why direct contact between the family and the baby is recommended. It is also possible to create souvenirs. These include photographs of the baby, making prints and keeping strands of hair. The second sub-objective was to summarize the current traceable knowledge in the field of perinatal care in the sextuplets. Associated with this issue is the continuum of care by midwives and support services for women and their families. We also include the topic of autopsy and burial. This sub-objective is also linked to the actual impact of care on midwives providing perinatal care. The third sub-objective of the thesis was to summarise the current traceable evidence on the issue of continuing pregnancy after perinatal loss. More frequent antenatal visits and psychosocial support for midwives are offered in this area. Surviving families are satisfied with the clinical form of antenatal care, but there is dissatisfaction in psychosocial needs. The findings of this thesis could be used as teaching material for midwifery students to better understand the psychosocial needs of families and midwives. They can also help midwives in hospitals and community midwives during the delivery of perinatal care in practice.

**Klíčová slova v ČJ:** perinatální ztráta, péče o ženu, péče o rodinu, porodní asistentka

**Klíčová slova v AJ:** perinatal loss, woman care, family care, midwife

**Rozsah práce:** 38/0

# OBSAH

ÚVOD .....	7
1 POPIS REŠERŠNÍ ČINNOSTI .....	9
2 PÉČE PORODNÍ ASISTENTKY O ŽENU A JEJÍ RODINU PO PERINATÁLNÍ ZTRÁTĚ V NEMOCNICI .....	11
2.1 KONTAKT S DÍTĚTEM PO PORODU MRTVÉHO DÍTĚTE .....	15
2.2 FOTOGRAFOVÁNÍ.....	17
2.3 DOPAD PÉČE O POZŮSTALÉ ŽENY A JEJICH RODINY NA PORODNÍ ASISTENTKY .....	19
3 PÉČE PORODNÍ ASISTENTKY O ŽENU A JEJÍ RODINU PO PERINATÁLNÍ ZTRÁTĚ V ŠESTINEDĚLÍ .....	21
3.1 PODPŮRNÉ SLUŽBY A PODPORA PORODNÍCH ASISTENTEK U POZŮSTALÝCH ŽEN A RODIN.....	24
4 PODPORA PORODNÍCH ASISTENTEK V NÁSLEDUJÍCÍM TĚHOTENSTVÍ.....	26
5 VÝZNAM A LIMITACE DOHLEDANÝCH POZNATKŮ .....	29
ZÁVĚR .....	30
REFERENČNÍ SEZNAM .....	32
SEZNAM ZKRATEK .....	38

## ÚVOD

Pro většinu lidí, jak rodiny, tak zdravotníky je smrt dítěte považována za nejmučivější a nejbolestivější zdroj smutku (Salgado et al., 2021, s. 3). Celosvětově je zaznamenáno 2,6 miliónů případů mrtvě narozených dětí (Agwu Kalu et al., 2018, s. 69). Uvádí se však, že je perinatální smrt méně náročnější než smrt staršího dítěte. Toto tvrzení však není pravdivé, jelikož mezi úmrtím staršího dítěte a smrtí perinatální je rozdíl takový, že se perinatální ztráta neuznává. Společnost minimalizuje, zneviditelní a mnohdy umlčí tyto situace spojené s perinatální ztrátou. Tento druh smutku nazýváme jako disenfranchised grief, tedy jako ztráta, která není nebo nemůže být otevřeně uznána, veřejně oplakávána, nebo společensky podporována. Perinatální smrt je mnohdy neočekávanou situací, což z ní činí mnohem traumatictější a obtížněji zvládnutelnou situací (Salgado et al., 2021, s. 3).

Významnou roli po perinatální ztrátě pro proces zvládnání je poskytování efektivní péče profesionálů. Zkušenost s perinatální ztrátou je pro rodiny nejen emocionálně bolestivá, ale dopad na jejich životy je o to obtížnější, pokud porodní asistentky nejsou schopny poskytnout odpovídající péči. Je potřeba, aby byli poskytovatelé perinatální péče v této oblasti vzděláni. Studie ukázaly, že mnoho porodních asistentek postrádá znalosti a dovednosti potřebné k poskytování této péče (Agwu Kalu et al., 2018, s. 70). Důležité faktory v poskytování péče v rámci psychosociální oblasti je ochranná péče a vztahy, ať už osobní, tak profesní mezi rodinou a porodní asistentkou. Dále také důležitost osobnosti dítěte, kdy porodní asistentky zdůrazňují bytí mrtvého dítěte oslovením jména dítěte a zacházením s ním jako s živým. V neposlední řadě zachování naděje ve smyslu, že se nemusí jednat o poslední pokus o dítě (Wojcieszek et al., 2019, s. 1).

Většina rodin se po porodu mrtvého dítěte pokouší opětovně o dítě v krátkém úseku. Žena převážně otěhotní do jednoho roku po perinatální ztrátě. Rizika v dalším těhotenství po porodu mrtvého dítěte se zvyšují. Žena může v dalším těhotenství čelit až pětinasobnému zvýšenému riziku porodu mrtvého dítěte. Z tohoto důvodu mnohdy u rodin dochází k úzkostem a k velké míře stresu v jejich následném těhotenství. Důležitá je proto nadstandartní perinatální péče, se kterou se mnoho rodin nesetkává. Důvodem je, že neexistují konkrétní intervence nebo přístupy k perinatální péči po porodu mrtvého dítěte (Wojcieszek et al., 2019, s. 1, 2). Z toho vychází otázka, co můžou porodní asistentky a lékaři porodníci udělat pro kvalitnější perinatální péči?

Hlavním cílem bakalářské práce je sumarizovat a dohledat aktuální poznatky v péči porodní asistentky o ženy a jejich rodiny po prodělané perinatální ztrátě. Práce je dále rozdělena do následujících dílčích cílů:

1. Sumarizovat aktuální dohledatelné poznatky o perinatální péči poskytovanou v nemocničním prostředí
2. Sumarizovat aktuální dohledatelné poznatky o perinatální péči v šestinedělí
3. Sumarizovat aktuální dohledatelné poznatky o péči v následujícím těhotenství po prodělané perinatální ztrátě

Jako vstupní literatura byly použity tyto zdroje:

PROCHÁZKA, Martin. *Porodní asistence*. Praha: Maxdorf, [2020]. Jessenius. ISBN 978-80-7345-618-4.

HEAZELL, Alexander E. P., Aleena WOJCIESE, Nicole GRAHAM a Louise STEPHENS. Care in pregnancies after stillbirth and perinatal death. *International Journal of Birth* [online]. 2019, **6**(2), 23-28 [cit. 2022-11-02]. ISSN 20540779. Dostupné z: <https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=11&sid=9ea7e34c-12a2-444e-b09e-b68d6739457e%40redis>

ELLIS, Alison, Caroline CHEBSEY, Claire STOREY, Stephanie BRADLEY, Sue JACKSON, Vicki FLENADY, Alexander HEAZELL a Dimitrios SIASSAKOS. Systematic review to understand and improve care after stillbirth: a review of parents' and healthcare professionals' experiences. *BMC Pregnancy and Childbirth* [online]. 2016, **16**(1) [cit. 2022-11-08]. ISSN 1471-2393. Dostupné z: doi:10.1186/s12884-016-0806-2

RAVALDI, Claudia, Miriam LEVI, Elena ANGELI, Gianpaolo ROMEO, Marco BIFFINO, Roberto BONAIUTI a Alfredo VANNACCI. Stillbirth and perinatal care: Are professionals trained to address parents' needs?. *Midwifery* [online]. 2018, **64**, 53-59 [cit. 2022-11-08]. ISSN 02666138. Dostupné z: doi:10.1016/j.midw.2018.05.008



# 1 POPIS REŠERŠNÍ ČINNOSTI

## VYHLEDÁVACÍ KRITÉRIA

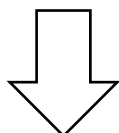
Klíčová slova v ČJ: perinatální ztráta, péče o ženu, péče o rodinu, porodní asistentka

Klíčová slova v AJ: perinatal loss, woman care, family care, midwife

Jazyk: český, anglický

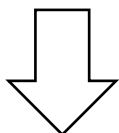
Období: 2014-2022

Další kritéria: plně přístupný text, recenzovaná periodika

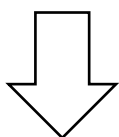


## DATABÁZE

EBSCO, PUBMED, Google Scholar

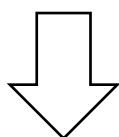


Nalezeno 310 článků



## VYŘAZUJÍCÍ KRITÉRIA

Duplicitní články  
Články nesplňující kritéria  
Kvalifikační práce  
Články neodpovídající tématu



## SUMARIZACE POUŽITÝCH DATABÁZÍ A DOHLEDANÝCH DOKUMENTŮ

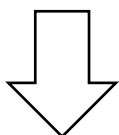
EBSCO - 25

PUBMED - 20

Google Scholar – 3

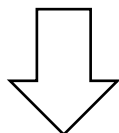
Literatura – 1 knižní zdroj

Webová stránka – 1



## SUMARIZACE DOHLEDANÝCH PERIODIK A DOKUMENTŮ

American Journal of Obstetrics – 1  
Archives of Gynecology and Obstetrics – 1  
Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology – 1  
BMC Pregnancy and Childbirth – 6  
BMC Psychology – 1  
BMJ Open – 2  
Birth – 3  
Death Studies – 1  
Frontiers in Communication – 1  
Global Health Action – 1  
Health Expectations – 1  
Illness Crisis and Loss – 1  
Institute of Medical Illustrators – 1  
International Journal of Birth – 1  
International Journal of Nursing Studies – 1  
International Journal of Obstetrics & Gynaecology – 1  
Journal of clinical Nursing – 1  
Journal of Nursing – 1  
Journal of Perinatology – 1  
Journal of Reproductive and Infant Psychology – 1  
Journal of Visual Communication in Medicine – 1  
Midwifery – 3  
Mortality – 1  
New Zealand College of Midwives Journal – 1  
Omega – 1  
PLoS One – 1  
Porodní asistence – 1  
Proceedings of the International Scientific Conference of Daugavpils University – 1  
Reproductive Health – 1  
Research in Nursing & Health – 1  
Scandinavian Journal of Caring Sciences – 1  
Seminars in Fetal and Neonatal Medicine – 1  
Soc Sci Med – 1  
The Lancet – 1  
Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR – 1  
Women and Birth – 5



Pro tvorbu bakalářské práce bylo použito **50**  
dohledaných dokumentů

## 2 PÉČE PORODNÍ ASISTENTKY O ŽENU A JEJÍ RODINU PO PERINATÁLNÍ ZTRÁTĚ V NEMOCNICI

Pokud zemře dospělý, či starší člověk, ztratí se kus minulosti, kterou vytvořil. Avšak pokud zemře dítě, ztratí se kus budoucnosti nebo se budoucnost pro rodiče navždy významně změní (Kalanlar, 2020, s. 93). Každé narození mrtvého dítěte je provázeno smutkem často i úzkostí, ale to nejen pro matku, otce a rodinu, ale i pro porodní asistentky, které porod se ženou absolvovaly. Během něj i po něm nejenže poskytují sociální a emocionální podporu, ale zastávají také péči o mrtvorozené dítě (Homer et al., 2016, s. 516). Proto je porodní asistentka nedílnou součástí procesu a měla by klást velký důraz na případy mrtvě narozených dětí jak emocionálně, tak i profesionálně. Jedná se o náročný proces, jelikož převážná část práce porodní asistentky se zaměřuje na asistenci při zrodu nového života, a proto pro ně může být perinatální paliativní péče nepřijemná (Kenner et al., 2015, s. 19). Péči o pozůstalé rodiny považují porodní asistentky za stresující a náročnou, a to i díky nedostatku zkušeností. Pokud dochází k absenci vzdělání a zkušeností, může u porodních asistentek docházet ke zmatku, pocitu viny a díky tomu k ovlivnění péči o ostatní pacientky (Jurčenko et al., 2017, s. 262). Studium porodní asistence se zaměřuje spíše na porod živého dítěte, jen málo studijních hodin se týká perinatálního úmrtí novorozenců. Dle studie Lin et al. i profesionální porodní asistentky a lékaři čelí obtížným situacím ohledně perinatálního úmrtí (2015, s. 29). V průzkumech se prokázalo, že několik porodních asistentek prodělalo posttraumatickou stresovou poruchu, která byla následně spojována s vyhořením. Některé prožily značné emocionální trauma, že díky tomu uvažovaly nad ukončením jejich praxe. Je proto důležité brát zřetel na porodní asistentky, aby mohly poskytovat co nejlepší perinatální péči pozůstalým. Oproti tomu jiné porodní asistentky uvedly, že cítily hrdost, jelikož udělaly své maximum a dokázaly podpořit truchlící rodiny. Nedostatek zkušeností se setkáním se smrtí, mladé porodní asistentky, nedostatečné komunikační dovednosti, nedostatek znalostí v oblasti perinatální péče, nedostatečná podpora ze strany kolegů, to vše může mít za následek horšího vyrovnání se s porodem a péčí o mrtvé dítě (Shorey et al., 2017, s. 26, 34, 35).

Přístup v prováděné péči o mrtvé dítě zahrnuje partnerství mezi porodní asistentkou a rodinou. Rodina a zdravotnický tým spolupracují na plánování následné péče (Kenner et al., 2015, s. 20). V některých případech však může u rodiny nastat, že nemocniční personál bere porod mrtvého dítěte jako klinický problém, než aby se zaměřil na péči truchlících osob, a to může dané rodině vyvolat o to větší úzkost. Může být poskytnuta bezchybná klinická péče, ale bez správného psychosociálního chování porodních asistentek, nebude péče u perinatální ztráty

nikdy dostačující (Jurčenko et al. 2017, s. 262). Psychosociální péči porodní asistentky při péči o prodělané perinatální ztrátě, myslíme například vytvoření kontaktu mezi ní a rodiči, otevřený rozhovor o porodu a porozumění emocím rodiny (Kalanlar, 2020, s. 98). Dle výzkumu Ellis et al., je dokázáno, že pečující a empatický personál pozitivně ovlivňuje vzpomínky rodičů na jejich dítě a díky tomu, se dokážou se ztrátou lépe vyrovnat (2016, s. 2, 16). Ztráta vytuženého dítěte bude pro většinu lidí vždy hluboce bolestným zážitkem, ale odborná psychosociální péče vytváří rozdíl (Littlemore a Turner, 2019, s. 16).

V České republice je mrtvě narozené dítě definováno jako dítě bez známek života po 22. týdnu těhotenství s hmotností 500 g a více (Procházka a kolektiv, 2020, s. 615). V jiných zemích se používá teorie, kdy za mrtvé dítě bez známek života považují úmrtí až po 28. týdnu těhotenství. Podle těchto definicích se celosvětově v roce 2015 odhadem narodilo 2,6 milionů mrtvě narozených dětí. Z celkového počtu těchto dětí připadá 98 % na země s nízkými a středními příjmy (Heazell et al., 2019, s. 23). Avšak v zemích s nízkými příjmy se často stává, že zdravotnický personál zatajuje porod mrtvého plodu, aby se vyhnul vině za úmrtí. Proto nejde přesně říci, o jaký počet mrtvě narozených dětí se přesně jedná. V afgánských zemích není určen konkrétní týden těhotenství, který by určoval mrtvé narození dítěte, i proto je náročnější určit přesná data o narození mrtvého dítěte (Christou et al. 2019, s. 2, 7). V České republice se podle statistik v roce 2021 narodilo 404 mrtvých dětí z celkového počtu porodů 112 097 (ÚZIS ČR, 2023, s. 31). Česká republika se tak v tomto ohledu řadí mezi země se špičkovou biomedicínskou péčí (Šmídová, 2018, s. 433).

Sdělení o úmrtí dítěte by měly porodní asistentky vysvětlit citlivě, upřímně, jasně a co nejsrozumitelněji tzv. laickým jazykem (Lisy et al., 2016, s. 16). Některé rodiny uvádějí nespokojenost se sdělením diagnózy, necítí se být zapojeni do rozhodování a nemají dostatek času vyrovnat se se ztrátou a učinit rozhodnutí o nakládání s dítětem (Ellis et al., 2016, s. 16). Mnoho párů má však možnost rozhodnout se, zda chtějí porod vyvolat hned, nebo je rodinám poskytnut určitý čas na strávení doma, aby mohli vstřebat sdělení diagnózy, ale samozřejmě záleží na situaci (King et al., 2021, s. 156). Rodiny také uvádějí nespokojenost v souvislosti se samotným vedením porodu, jelikož v některých případech může dojít k nepochopení mezi porodní asistentkou a rodičkou (Ellis et al., 2016, s. 16). Ženy během porodu a bezprostředně po něm mohou zažívat fázi šoku, během kterého nám může připadat, že nevnímají, co se kolem nich děje. V této fázi však stále probíhá proces paměti, kdy si žena dokáže většinu z této tragédie dopodrobna pamatovat. Proto by porodní asistentka neměla podceňovat celkové chování a řízení samotného porodu a posléze poporodní péče (Ravaldi et al., 2018, s. 54). V některých zemích doporučují rodinám, aby si připravili porodní plán, který by měl obsahovat

preferenci rodičů o průběhu porodu a jeho okolnostech. Myslet v něm by měli také na to, jak si představují péči o mrtvorozené dítě (Kenner et al., 2015, s. 22). Rodiče tak mohou lépe nastínit svá očekávání a přání a díky tomu porodní asistentky mohou lépe přispět k podpoře rodin a vytvořit klidnější prostředí (Kalanlar, 2020, s. 94). Zajímavá je také otázka fyzického kontaktu mezi porodní asistentkou a matkou. Mezi fyzický kontakt řadíme např. ruku na ruce, nebo ruku na rameni. Některé matky uvedly, že jim fyzický kontakt přinášel útěchu, ale jiné, že měly ke kontaktu spíše odpor (King et al., 2021, s. 157).

Strategie pro porodní asistentky pečující o rodiče, kteří prožili porod mrtvého dítěte je dána do několika kategorií. Těmito kategoriemi myslíme diagnózu, indukci a porod, situaci bezprostředně po porodu a v pozdější fázi po porodu. Co se týče strategie u kategorie bezprostředně po porodu, řadíme zde několik bodů. Hned první bod se zaměřuje na individuální úroveň poradenství a podpory rodičů. Dále by porodní asistentky měly přesně popsat informace o očekávaném fyzickém stavu dítěte a s respektem s dítětem zacházet. Důležité je také informovat rodinu o tom, jak dlouho mohou trávit čas se svým dítětem. Často bývají rodiny z narození mrtvého dítěte v šoku a nevědí v dané situaci, jakým způsobem se mohou s dítětem rozloučit, a proto je důležité vznést návrhy činností porodní asistentkou. Nedílnou součástí, kterou porodní asistentka zaštituje je sbírka memorabilií. Tím se myslí fotografie, otisky rukou a nohou, prameny vlasů a jiné upomínkové předměty. Pokud odborníci poskytují péči řízenou podobnou strategií, mohou tak zmírnit bezprostřední i dlouhodobé prožívání stresu, úzkosti a zármutku rodin (Lisy et al., 2016, s. 17, 18). Je nutné brát zřetel na speciální označení pokoje, kde má dojít k porodu mrtvého dítěte. Mnohdy se totiž stává, že personál, který nepečuje o danou rodinu, vejde nevědomky do pokoje a není si vědom ztráty. Taková situace může vyvolat zbytečný stres a trauma rodinám (Kalanlar, 2020, s. 98). Na porodních odděleních bývá často spousta hluku, který nelze ovlivnit. Takováto zátěž může ženě také přidávat na pocitech úzkosti (Helps et al., 2020, s. 2).

Kromě strategií péče existuje také několik zásad o tom, jak bezprostředně po porodu rodinu co nejlépe podpořit. První doménou, kde mohou porodní asistentky pomoci je podpora v chaosu, která během porodu může vznikat a porodní asistentky by měly být schopné nastolit klidnější atmosféru. Další je podpora při zármutku a snaha pochopit podstatu jejich truchlení. Odpovídat na veškeré dotazy v souvislosti s úmrtím dítěte, pokud jsou tyto údaje známé. Dále také schopnost zorganizovat následnou péči o matku i dítě (Jurčenko et al., 2017, s. 264). Některé rodiny vypověděly, že po porodu neměly dostatečné zázemí. Ženy byly umístěny na oddělení s ostatními ženami, které porodily zdravé dítě. K této situaci by nemělo docházet (Kingdon et al., 2015, s. 13). V neposlední řadě ohledně zásad péče je třeba také nabídnout a

podpořit setkání a rozloučení se s dítětem, o kterém se může rodina rozhodnout, zda chce dítě vidět, či ne. Tyto zmíněné zásady jsou nesmírně důležité a porodní asistentka by je měla splňovat (Jurčenko et al., 2017, s. 264). V jiných zemích se však mohou zásady měnit, a to hlavně díky odlišným kulturám. Někde je smrt dítěte spojována s různými kletbami či s duchy, v afrických zemích zase považují ženu, která porodí mrtvé dítě jako čarodějnici, či jako promiskuitní ženu (Actis Danna et al., 2022, s. 2). V Taiwanu není ženám doporučováno, spíše odporováno, aby se se zesnulým dítětem rozloučily. Obávají se totiž, že by pohled na mrtvé dítě mohlo způsobit ženě úzkost a depresi a už by nechtěla znovu otěhotnět. Nejspíše je to dané tím, že v této zemi brání ženám o smrti mluvit a také jim brání účastnit se událostí, které jsou se smrtí spojovány. Avšak několik taiwanských žen, které byly výzkumu podrobeny, následně litovaly, že se s dítětem nerozloučily (Tseng et al, 2014, s. 220). V těchto zemích, tedy zemích s nízkými a středními příjmy, často samotní zdravotní pracovníci jsou těmi, kteří dokážou rodinám způsobit újmu, proto je důležité ženy s perinatální ztrátou pozorovat a učit se, jak s nimi jednat (Actis Danna et al., 2022, s. 2). Zde můžeme vidět, že porod mrtvého dítěte je často považován za tabu. V mnoha zemích je poskytována psychologická podpůrná služba, která může rodinám pomoci. Úzkost a deprese stále postihuje přibližně jednu z pěti matek mrtvě narozených dětí. Je to dané nesplněním očekávání rodičů ohledně porodu živého dítěte. Jednoduše selhávají s předpoklady v porovnání se ženami, kterým se narodí živé dítě (Tovey a Turner, 2020, s. 2). Dle studie King et al., až 28 % matek vážně uvažovalo o sebevraždě (2021, s.153).

Definicí perinatální paliativní péče se myslí péče jak o miminka s prenatální diagnózou život omezujících stavů, tak o jejich rodiče. Aplikuje se i na porod mrtvého dítěte. Porodní asistentka je poskytovatelem této péče, kdy se stará o nastávající rodiče a posléze poskytuje péči při přechodu do rodičovského stavu a následně koriguje čas a činnosti během rozloučení se s mrtvým dítětem (Listermar, 2020, s. 162). Porodní asistentky mají často pocit, že jsou vystavovány vině. Pocit viny vzniká v důsledku nemožnosti záchrany života dítěte. Také jsou vystavovány emocionálnímu řetězci společně s rodinou. Mnohdy se také stává, že jsou porodní asistentky posledním, ne-li jediným společníkem daného novorozence se kterým tráví nejvíce času. Z těchto uvedených faktů nám vyplývá, že není jednoduché zastávat funkci paliativní péče a samy porodní asistentky mohou pociťovat smutek a rozrušení. Důležité je, aby si porodní asistentky uvědomily, že to, co dělají je dobré. A díky motivaci v konání dobra se ztrácí pocit viny a úzkosti (Lin, 2015, s. 31, 34, 35, 42).

V některých kulturách je nepřijatelné nechat mrtvorozeně samotné v době před pohřbem. A proto ve švédských nemocnicích bylo ještě donedávna běžné, umisťovat mrtvě

narozené dítě do lednice, nebo byly uchovávané v místnostech, tzv. chladírnách. Důvodem bylo udržet tělo dítěte v chladu a minimalizovat tak poškození. Během dne tak bylo možné, aby se rodiče mohli přijít kdykoli na dítě podívat a být s ním až do naplánovaného pohřbu. Novinkou ve švédských nemocnicích je zařízení, které funguje jako postýlka pro mrtvorozené děti a současně jako chladicí box, čímž vytěsnili ukládání těl do lednic. Funguje na principu chladících bloků, kdy se během dne mění obsah chladicí kapaliny. Postýlka se dá částečně i zcela uzavřít. Rodiny jsou s postýlkami spokojeni, jelikož mají více času na rozloučení se s dítětem. Některé porodní asistentky uvedly, že jsou díky tomuto přístroji schopné poskytnout důstojnější péči v situaci, kdy jej nemusí ukládat do lednice (Listermar, 2020, s. 163, 164).

## **2.1 KONTAKT S DÍTĚTEM PO PORODU MRTVÉHO DÍTĚTE**

Bezprostředně po porodu mohou mít rodiče možnost seznámit se, ale bohužel i rozloučit se svým dítětem (Lisy et al, 2016, s. 14). Tato skutečnost je fenoménem pro evropské země a severní část Ameriky, který se objevil již před třemi až čtyřmi desetiletími, kdy rodiny začaly vyjadřovat potřebu kontaktu se svým mrtvorozeným dítětem (Jørgenson et al., 2022, s. 101). Setkání a čas strávený s jejich dítětem poskytuje vizuální důkaz o narození a životě jejich dítěte (Lisy et al., 2016, s. 14). Studie týkající se kontaktu matky s mrtvě narozeným dítětem jsou však rozporuplné. Většina studií uvádí, že vidění a držení mrtvě narozeného dítěte je spojeno s méně úzkostnými a depresivními symptomy. Naproti tomu jiné studie uvádí, že kontakt s mrtvě narozeným dítětem může vést k horším výsledkům v oblasti duševního zdraví matek. Může to být dané i tím, že se matky obávají fyzického vzhledu mrtvého novorozence. Některé uvádí, že se jim ulevilo z počátečních obav po spatření dítěte, a naopak pro některé byl pohled na mrtvorozené dítě znepokojivý (Ryninks, 2014, s. 1, 4). Důležitá je podpora zdravotnického personálu, rodina prožívá širokou škálu emocí, od zmiňovaného strachu z fyzického vzhledu až po zvědavost, jak jejich dítě vypadá. Proto je nezbytné, aby je porodní asistentka vedla (Kingdon et al., 2015, s. 14).

Držení dítěte v náruči může představovat intimnější akt oproti vidění. Poskytne matkám podrobnější obraz a dokáží si tak lépe zapamatovat daný okamžik (Redshaw et al., 2016, s. 2). Starší směrnice doporučovaly, aby matky nebyly povzbuzovány v kontaktu s mrtvorozeným dítětem. Novější směrnice však doporučují, aby rodina byla v kontaktu podporována a aby se sami rozhodli o tom, zda chtějí mrtvorozené dítě vidět (Hennegan et al., 2018, s. 121). Během let tak došlo k posunu od skrývání mrtvě narozených dětí před rodiči a skrývání jejich emocí odborníky k novější praxi k tzv. "intimnímu" umírání (Šmídová, 2018, s. 435). Přeci jen se

jedná o příležitost kontaktu prchavou a konečnou (bla, bla, s. 20). V některých zemích však stále převládá utajování a odepření kontaktu rodin s dítětem. Jedná se především o země s nízkými příjmy, jako je např. Jižní Afrika, Uganda, Ghana a podobně. V těchto zemích neuznávají mrtvorozeně jako člověka a není tak mezi společnostmi přijímán. Po jejich smrti se s nimi nezachází jako s lidskou ztrátou, nad kterou by se mělo truchlit, a proto je ihned po porodu odnášejí, aby byli mimo dohled rodičů (Christou et al., 2019, s. 2).

Podle studie J. Littlemore a S. Turner je důležité načasovat probírání tematiky o kontaktu s mrtvorozeným dítětem s pozůstalou rodinou. Některé dotazované ženy odpověděly, že jim tato otázka byla porodní asistentkou položena ještě před porodem mrtvého dítěte, a tak docházelo k pochybám, zda vidět a držet mrtvé dítě, či ne. Kdežto ženy, kterým byla otázka položena po porodu, braly tuto skutečnost jako přívětivou, jelikož měly odlišný pohled na danou situaci díky ztrátě obav o fyzickém stavu (2019, s. 12).

Dle výzkumu Redshaw et al., provádějící se v Anglii nám říká, že více žen, co drželo dítě po porodu mrtvého dítěte, vypověděly častější úzkost ve třetím i devátém měsíci po porodu oproti ženám, které dítě nedržely. Rozdíl je však i u žen, které své dítě pouze viděly, ale nepochovaly si ho a ženy, které se svým dítětem neměly žádný kontakt. Z těchto dvou příkladů vyšla lépe, co se týče psychického zdraví matky, skupina žen, která dítě viděla, ale nedržela v náručí (2016, s. 3). Kromě matek trpí psychickými problémy i partneři, na které podle výzkumu Hennegan et al. působí držení mrtvého dítěte s porovnáním s pouhým pozorováním, stejně jako na matku. Mezi problémy, které nastávají po porodu u pozůstalých rodin při kontaktu s dítětem, řadíme např. PTSD, úzkosti, či deprese (2018, s. 127). Převážně podle jiných výzkumů je však kontakt s dítětem považován jako pozitivní. Rodiče, kteří vidí a drží své mrtvě narozené dítě, může v budoucnu přinést snadnější smíření. Studie ve Spojených Státech uvedla v 95,5% kontakt s dítětem jako nezbytný (Kingdon et al., 2015, s. 206, 209).

Pro přípravu před kontaktem s dítětem je důležitá odborná podpora a posléze odborné sledování během kontaktu pro prevenci rozvoje psychických problémů matky. Důležité je provést diskusi s rodinou o možných výhodách a rizicích při kontaktu s mrtvě narozeným dítětem (Ryninks, 2014, s. 1). Porodní asistentky hrají významnou roli v podpoře rodiny, co se týče kontaktu s novorozencem. Mnoho rodičů uvádí vděčnost za podporu zdravotního personálu, kterou jim poskytl v době narození mrtvého dítěte. Často rodiče vyjadřovali neschopnost rozhodnutí, zda se rozloučit s dítětem, a tak požadovali vznesení verdiktu od porodní asistentky. Pokud docházelo k nedostatečné podpoře personálu, ženy měly čtyřikrát menší pravděpodobnost, že se nakonec rozhodnou pro kontakt s dítětem. Toto tvrzení nám potvrzuje teorii o vlivu porodních asistentek na rozhodování rodičů. Ve Velké Británii



v devadesátých letech si nejdřív mrtvé dítě porodní asistentka prohlédla a pak sdělila matce, zda je dobré vidět dítě, či ne. Rozhodovala se podle stavu dítěte. Pokud vypadalo dítě dobře, mohlo se nechat rodičům, aby se s ním rozloučili. Avšak když bylo dítě malformované, macerované, porodní asistentka na tento jev upozornila a rodina následně většinou kontakt s dítětem odmítla (Kingdon et al., 2015, s. 14). Porodní asistentky věří, že vést rodinu k tomu, aby viděli své mrtvé dítě, i když je to smutné, je nezbytnou součástí procesu uzdravování, ale skutečností také je, že i ony samotné se bojí mrtvé dítě vidět (Lin, 2015, s. 41).

Důležité je, aby porodní asistentka během kontaktu zajistila příjemné a klidné prostředí, aby mohla rodina trávit čas s dítětem o samotě. Měla by eliminovat rušivé zvuky, jako jsou telefony, pagery, monitory, alarmy a rozhovory personálu (Lin, 2015, s. 34). Dobrý vliv má na rodiče komunikace mezi porodní asistentkou a dítětem. Porodní asistentka dítě chválí, že je například krásné, oslovuje dítě jménem, jednoduše zachází s mrtvým novorozencem, jako by bylo živé (Kingdon et al., 2015, s. 214, 215). Studie Jørgenson et al., uvádí porodní asistentky jako “rituální expertky”, a to v tom smyslu, že určitým rituálem mění mrtvé tělo dítěte na žijící osobu (2022, s. 104). V některých rozhovorech s rodinami vyšlo napovrch, že porodní asistentky se k mrtvorozenému chovaly neuctivě. A to způsobem takovým, že se k němu nechovaly jako k živé bytosti, kdy pokládaly dítě do kbelíku nebo bylo volně položeno na kovový stůl (Lisy et al., 2016, s. 14).

## 2.2 FOTOGRAFOVÁNÍ

Uchovávání památky jakožto fotografie, nebo obrazu bylo v praxi již v dřívějších dobách. Dochovaným příkladem jsou zejména viktoriánské malby. V určitém období, tedy v polovině 20. století došlo k úpadku tvoření památky o dítěti, a to údajně vlivem vyvolání většího smutku a úzkostí rodičů. Zdravotnický personál omezoval také kontakt s mrtvorozeným novorozencem a okamžitě po porodu bylo dítě matce odebráno, aby na jeho ztrátu co nejrychleji zapomněla (Tovey a Turner, 2020, s. 3). Později se však výzkumem dokázaly nepříznivé psychologické výsledky, které se daly přisuzovat k ignorování zdravotníků a lékařů potřebám rodin. Tím se myslí odepření rozloučení se s dítětem (Blood a Cacciatore, 2014, s. 2). V dnešní době je tedy fotografování mrtvorozených dětí nedílnou součástí památky pro rodinu (Griffin et al., 2018, s. 3). i když je tato praxe nyní považována za běžnou, dostupnost a rozsah těchto služeb závisí do značné míry na kultuře, zdrojích a rozvoji programů péče v nemocnici (Martel a Ives-Baine, 2014, s. 312). Rodiny z některých kultur, či náboženských tradic, nechtějí nebo

vyloženě mají zakázáno fotografovat své mrtvé dítě. Mohou to být ku příkladu některé indiánské kmeny, nebo ortodoxní židovské tradice (Blood a Cacciatore, 2014, s. 2).

Dle R. Tovey a S. Turner jsou obrázky, fotografie a vyprávění s nimi spojená, odrážejícími pokusy o vytvoření vzpomínek a vazeb s mrtvě narozeným dítětem (2020, s. 4). Rodina si fotografii představuje jako vizuální prvek příběhu, který postupně budují a vyprávějí. Tato technika je klíčová pro proces truchlení (Martel a Ives-Baine, 2014, s. 329). Kromě fotografií se také provádí otisk rukou, nohou a k tomu si rodina ponechává pramen vlasů dítěte. To vše je popisované jako hmatatelný důkaz, který by nemohl existovat, kdyby se dítě nenarodilo, je pro rodinu jako důkaz reality. Dle výzkumného rozhovoru s pozůstalými rodiči vyšlo najevo, že právě díky pořízené fotografii vnímali, že jejich mrtvé dítě je a bude součástí rodiny (Tovey a Turner, 2020, s. 10). Zármutek rodičů může být v pozdější době popisován jako třetí proces, kdy zpětně vzpomínají a prožívají smutek nad zesnulým dítětem. S ohledem na to, je shromažďování vzpomínek klíčovým bodem pro zármutek (Salgado et al., 2021, s. 4). Rodina vnímá fotografování jako způsob trávení času s dítětem a také jako upevnění vztahů mezi rodinou, dítětem a porodní asistentkou. Fotoaparát je tak zprostředkovatelem vzniku těchto vztahů, který mění dynamiku chaotického prostředí na prostředí domova, podpory a důvěry (Martel a Ives-Baine, 2014, s. 314). Důležitá je však informovanost porodní asistentky o možnosti fotografování, jelikož rodiče často samotné nenapadne v daný moment pořídit si památku v této formě (Lisy et al., 2016, s. 16). Ukázalo se totiž, že okolnosti kolem porodu mrtvého dítěte může způsobovat horší schopnost rodičů vyjádřit své preference i jejich kompetenci rozhodovat v době porodu (Kingdon et al., 2015, s. 17). Následně tak vyjadřovali vděk porodním asistentkám, že fotografii vytvořily (Lisy et al., 2016, s. 16).

Fotografování se bere jako součást širšího úsilí zdravotnického personálu o uznání dítěte spojené s povzbuzováním rodičů vidět své dítě, obléct ho a rozloučit se s ním (Martel a Ives-Baine, 2014, s. 313). Tato činnost je brána jako jeden z nejobtížnějších úkolů, kdy porodní asistentka, či klinický fotograf, musí vzhledem k citlivosti situace být empatický, profesionálně odpoutaný, aby vše dobře probíhalo. Existuje postup, který nám říká, jak postupovat u fotografování mrtvého novorozence. Mezi pokyny se ku příkladu řadí kvalita fotografie, která by měla být co nejvyšší. Dbá se na kvalitu proto, že je to pro pozůstalou rodinu věc, ke které se budou vracet a prohlížet si ji celý život. Také by se měl snímek dítěte zachytit co nejdříve, kvůli změně barvy po smrti novorozeněte (Griffin et al., 2018, s. 3, 4). Důležitou roli hraje také oblékání dítěte. Oblečení na dítěti nám dokáže více prohloubit uvědomění o jeho existenci (Kenner et al., 2015, s. 20). Porodní asistentka může být jak v roli samotného fotografa, nebo jako pomocná síla klinickému fotografovi. Pokud by se jednalo o focení klinickým fotografem,

porodní asistentka by měla být přítomna pro pocit bezpečí rodiny, pomoc při polohování dítěte a také pro sdělení informací o dítěti. Pro fotografování je potřeba kvalitní fotoaparát, který je většinou dostupný v porodnicích, což je také nejčastějším místem, kde se dítě fotí (Griffin et al., 2018, s. 5). Fotoaparát lze považovat jako nástroj, který reprezentuje existenci dítěte, mezi rodinou a přáteli, které nemohou novorozence spatřit (Martel a Ives-Baine, 2014, s. 313). Co se týče porodních asistentek, pokud jsou v roli fotografa, měly by být schopné ovládat fotoaparát a dbát na již zmíněnou kvalitu fotografie (Griffin et al., 2018, s. 6, 7). Rodina, která zažila porod mrtvého plodu a následné fotografování dle C. Blood aj. Cacciatore sděluje, že by porodní asistentky měly povzbuzovat rodiče, aby si nechali vytvořit památku, i přes jejich počáteční výhrady (2014, s. 1). Z jednoho výzkumu otců všichni účastníci tvrdili, že fotografie by měly být provedeny vždy, i když to rodiče odmítnou. Některé rodiny uvedly, že odmítly tvorbu památky a zpětně toho litovaly, porodní asistentka jim však upomínkové předměty připravila a uschovala a později byli rodiče vděční (Kingdon et al., 2015, s. 17, 18). V rozhovorech se ukázalo, že samotná tvorba fotografie porodní asistentkou není jen součástí její práce, ale jako hluboce prožívaná zprostředkovaná forma pozornosti, kterou věnují rodině a dítěti. Vzniká vztah mezi porodní asistentkou a rodinou. Rodiče chápou vznik pouta mezi nimi a porodní asistentkou díky pořizování fotografie, kdy si tuto vzpomínku budou pojit s někým, kdo byl u toho a vytvořil ji. (Martel a Ives-Baine, 2014, s. 324, 325).

### **2.3 DOPAD PÉČE O POZŮSTALÉ ŽENY A JEJICH RODINY NA PORODNÍ ASISTENTKY**

I porodní asistentky mohou po porodu mrtvého dítěte prožívat emocionální následky. Mezi ně řadíme např. šok, izolaci, vinu a úzkost. Porodní asistentky a lékaři porodníci jsou kariérou vysoce rizikovou. Může se u nich často objevovat pocit, že jsou špatně klinicky a emocionálně vybaveni na vypořádávání se s touto závažnou situací (Mcnamara et al., 2017, s. 848). V některých situacích dochází k pochybení připravenosti v úrovni péče o pozůstalé i přes jejich zkušenost v tomto oboru (Jones et al., 2015, s. 18). Mnohé z porodních asistentek se obávaly, že se nevyrovnejí se smutkem, který vznikl během zkušenosti s mrtvým dítětem. Některé z nich dokonce musely přestoupit na pracoviště s jiným klinickým zaměřením (Mcnamara et al., 2017, s. 848-850). Často totiž dochází k situacím, kdy pečují a podporují pozůstalou rodinu a poté obtížně zvládají osobní záležitosti a zároveň vykonávání profesionální role. Ačkoli perinatální ztráta se osobně netýká daných porodních asistentek, i přes to je jejich pocit ze ztráty intenzivní a hluboce osobní, jelikož jsou s rodinou a prožívající ztrátou důvěrně

propojení. V rámci zachování jejich profesionality, porodní asistentky smutek skrývají a prožívají ho ve svém niterném světě (Jones et al., 2015, s. 18, 21).

Vzhledem k důležitosti fyzického a duševního zdraví matek a rodin, které podstupují proces perinatální ztráty, se musí porodní asistentky vyrovnávat s množstvím negativních emocí a také s pocitem viny. Proto je třeba vzít v úvahu profesionální pomoc i pro porodní asistentky, které samy nemusí očekávat negativní výsledek. V Brazílii se právě snaží zavést psychologickou pomoc porodním asistentkám. Jedná se o týmovou práci. Psychologové pomůžou porodním asistentkám a ty jsou poté schopny nabídnout pozůstalým rodinám kvalitnější péči (Salgado et al., 2021, s. 3, 5, 6).

Dopad na porodní asistentky může být o to náročnější, pokud poskytují kontinuální péči rodině. Kontinuální péči provozují na Novém Zélandu, kde se na porodní asistentky rodiče obracují s žádostí o radu a emocionální podporu po smrti jejich dítěte. Rodina prožívá emocionální horskou dráhu. Nejběžnější reakce jsou odmítnutí, otupělost, popírání a dále hněv. Mnohdy u rodičů existuje potřeba najít někoho, na koho se můžou zlobit a často se jedná právě o porodní asistentku. Jako odbornice na péči po perinatální ztrátě, by měly být schopny rozšířit reakce tak, aby došlo ke konečnému přijetí a vyřešení. Mnohdy poté porodní asistentky cítí emocionální přetíženost. Může docházet k odklonění se od humanistické péče a spíše zaměření na péči klinickou (Jones et al., 2015, s. 17, 18).

### 3 PÉČE PORODNÍ ASISTENTKY O ŽENU A JEJÍ RODINU PO PERINATÁLNÍ ZTRÁTĚ V ŠESTINEDĚLÍ

Porodní asistentky by si měly být vědomy toho, že potřeba podpory může pokračovat i v období po porodu, v šestinedělí a déle a může mít tak dopad na další těhotenství ženy. Je důležité informovat rodinu o možné navazující psychologické péči (Lisy et al., 2016, s. 16). Dle studie Kenner et al., matky lépe přijímají podpurné skupiny a poradenství, než otcové (2015, s. 21). Mnohdy totiž dochází k fyzickým, psychickým a sociálním následkům, proto je třeba rodinu podporovat, aby se dokázali dříve ze ztráty vzchopit (Burden et al., 2016, s. 12). Důležitá je dostatečná informovanost porodních asistentek. Kromě rady ohledně psychologické péče jsou důležité i jiné poznatky, které bezmocní rodiče potřebují. Řadíme zde praktické dotazy rodin ohledně zajištění pohřbu. Dále je také vhodné s rodiči probrat, jak podpořit a vykomunikovat situaci se zbytkem rodiny. Rodiče také oceňují následný kontakt s jejich ošetřujícím personálem, který se podílel na perinatální péči. Mohou navázat kontakt během nemocniční péče, zeptat se na určité doplňující otázky a popovídat si o svých následných zkušenostech po propuštění z nemocnice (Peters et al., 2015, s. 276).

Styl truchlení mezi matkou a otcem se v mnohém liší. Zapříčiněné to může být díky pozornosti lékařů a porodních asistentek výhradně na matky a truchlení otců tak může být přehlíženo (Inati et al., 2018, s. 55). Rozdíl v prožívání smutku mezi matkou a otcem jsou např. takové, že má muž pocit, že selhal jako ochránce rodiny. Žena oproti tomu může pociťovat selhání, že není schopna porodit živé dítě. Matky často chtějí mluvit prostřednictvím svých emocí, kdežto otcové se sdílení pocitů zdráhají a spíše se uzavírají do sebe. Muž je většinou schopen vrátit se dříve do společenského života, než ženy (Kenner et al., 2015, s. 21). Může však docházet k situacím, kdy se ženy cítí být vyloučeny ze sociálních skupin, kterých byly před ztrátou součástí a tím se u nich mnohdy zvyšuje pocit izolace (Campbell-Jackson et al., 2014, s. 2) Často se stává, že podpora otců při truchlení je potřeba i po několika letech. Je to dané popíráním emocionálního dopadu na úmrtí dítěte (Inati et al., 2018, s. 55). Dalším faktorem pro potřebu podpory otců až po několika letech může být např. potřeba být silný před partnerkou, aby ji nezatěžoval svou vlastní tísní (Campbell-Jackson et al., 2014, s. 2). Samotné soužití v páru bývá také mnohdy odlišné. Porodní asistentky by měly být schopné informovat o psychických, emocionálních a vztahových problémech, které mohou páry zažívat (Peters et al., 2015, s. 276). Některé páry pociťují odcizení. K odcizení může docházet díky nezájmu o sexuální aktivity, k čemuž dochází, když si žena spojuje porod mrtvého dítěte se sexuálním aktem. Avšak u jiných párů může docházet k vytvoření nového zvláštního pouta, kdy dochází

ke vzniku citového propojení a tolerance vůči partnerovi v průběhu truchlení (King, 2021, s. 153). Ženy mají po ztrátě větší potřebu komunikovat o svých myšlenkách a pocitech s partnerem. Zdá se, že spokojenost žen ve vztahu s muži po prodělané ztrátě úzce souvisí právě s možností vzájemné komunikace, i přes intenzivnější reakce zármutku brzy po ztrátě. Vyplývá z toho, že větší emocionální vzdálenost je mezi dvěma partnery, kde jeden z nich necítí potřebu komunikovat o prodělané ztrátě. Prostřednictvím mluvení si páry rozvíjí porozumění a respekt vůči sobě a vytvoří si tak silnější pouto. Při rozhovorech navzájem zjistí, jakou bolest jejich partner prožívá a dokáží se do sebe více vcítit. Manželská blízkost je významným předpokladem lepšího zotavení u pozůstalých párů (Meaney et al., 2017, s. 36, 41).

Kromě psychické zátěže matky se také přidává fyzická připomínka její ztráty. Tím se myslí hormonální změny, nebo tvorba mléka (King, 2021, s. 153). V některých případech si ženy nepřejí farmakologické potlačení laktace. Je to z toho důvodu, že pozůstalé matky chtějí darovat mateřské mléko jiným ženám, které ho nemají dostatek. Tímto způsobem se tak mohou lépe srovnávat se ztrátou (Salgado et al., 2021, s. 3). Dalším nepříjemným bodem pro ženy je návrat menstruace, což bývá stresující záležitostí a připomíná jím to ztrátu dítěte (Murphy et al., 2021, s. 478). Je třeba, aby porodní asistentka dostatečně informovala ženu o těchto změnách. S výjimkou hormonálních změn, či laktace, zde můžeme řídit také téma sex a antikoncepce (Peters et al., 2015, s. 276). Co se týče pohlavního styku, mnoho žen chce krátce po porodu znovu otěhotnět a páry tak berou pohlavní styk jako metodu k dosažení těhotenství bez emocionálního prožitku (Murphy et al., 2021, s. 480). Důležitá je také informace, kdy se může žena opět věnovat nějaké fyzické aktivitě, jelikož ta může ženě pomoci odbourávat určité stresové reakce ohledně perinatální ztráty (Peters et al., 2015, s. 276).

Důležitým, avšak obtížným tématem je již zmiňované zajištění pohřbu, a tedy konečné uložení ostatků dítěte. Porodní asistentky by měly zajistit již v nemocnici písemné informace ohledně pohřbu (Kalanlar, 2020, s. 99). Rodiče nemusí být schopni adekvátně posoudit okolnosti ohledně obřadu. Většinou se v řešení těchto záležitostí více zapojují otcové než matky (Kalanlar, 2020, s. 99). Řešení situace ohledně pohřbu je však pro rodiny velice náročná. Rodiče mají pouze 4 dny čas na to, aby se rozhodli a provedli následné formalities ohledně pohřbu. Pokud si sami pohřeb dítěte nezařídí, vše zajistí nemocnice a pohřební služby. Rodiče jsou touto krátkou časovou lhůtou donuceni, aby se vyrovnali s úmrtím a ihned se věnovali těmto úkonům (Šmídová, 2018, s. 436).

Význam pohřbu pro rodiny v Taiwanu, kde je porod mrtvého dítěte tabu, je velmi důležitý. Díky jejich kultuře vnímají pohřeb jako odeslání ducha mrtvého dítěte na bezpečné místo. Dále také tento proces vnímají jako ochranu před utrpením a přípravu na lepší

reinkarnaci. Sami rodiče se pak díky uskutečnění pohřbu zbavují viny, že udělali pro své mrtvorozené dítě maximum, přeruší tím vazby s dítětem a věří tak, že další těhotenství bude úspěšné. Ale ne vždy je jim tato služba poskytnuta. Často se stává, že jsou mrtvorozené děti ponechány v nemocnici pohřebním pracovníkům. Za této situace je pak běžné, že se popel několika mrtvorozených dětí ukládá do stejné urny. Zde můžeme vidět neúctu projevenou zdravotnickým personálem a naprosto opomíjeným tématem z kulturního hlediska. Z této kulturní odlišnosti je proto dáván důraz na porodní asistentky, aby se více vzdělaly v oblasti pohřebních záležitostí a mohly tak více podpořit a nabízet možnosti v této oblasti. Proto se v Taiwanu snaží obohatit studenty porodní asistence koncepcí studia západních zemí (Tseng et al., 2018, s. 1134–1136, 1141). Ukázalo se však, že porodní asistentky v asijských zemích, nevyjadřovaly hlubší zájem o studium zaměřené na perinatální péči (Shorey et al., 2017, s. 35). V některých nemocnicích západní kultury po dobu jednoho až dvou týdnů zasílají rodinám dopisy s podpisy zdravotníků, kteří se o rodinu a dítě starali, aby je tak mohli podpořit (Kenner et al., 2015, s. 21). Kontakt s rodinou po propuštění z nemocnic se pokouší zavést právě i v již zmiňovaném Taiwanu, kdy se snaží provádět telefonické kontroly (Tseng et al., 2018, s. 1141). Pokud si porodní asistentka vybuduje pevný vztah s rodinou a se zemřelým dítětem, měla by se dle studie Shorey et al. zúčastnit pohřbu. Pro ni samotnou to může znamenat uzavření dané situace a rozloučení se s dítětem (2017, 34). V jiné kultuře, např. v Ugandě jsou pohřby naprostým tabu. Mrtvě narozené děti nejsou řádně pohřbeny a jejich hroby jsou označeny jako falešné. Tyto hroby slouží k posměchu rodinám a lidé si nepřejí, aby na hřbitově byly pohřbeny děti, které neplakaly a nemohou tak komunikovat v “duchovním světě” (Kiguli et al., 2015, s. 6).

Jedním z nejtěžších rozhodnutí je, zda a jak vyšetřit příčinu smrti. Zlatým standardem pro vyšetření neočekávaných, nebo nevysvětlitelných úmrtí je pitva. Pokud novorozenec zemře před porodem, nebo při něm, příčina smrti je totiž často nejasná (Schirmann et al., 2018, s. 256). Nevědět co se stalo, může být pro mnoho rodičů stresující a často se cítí provinile (Kalanlar, 2020, s. 99). Okolnosti ohledně pohřbu a samotný pohřeb sice není závislý na nemocnici, avšak pozůstalí rodiče potřebují vysvětlení ohledně tohoto procesu (Helps et al., 2020, s. 4). Je proto důležité, aby porodní asistentka podpořila rodinu s žádostí o pitvu a vysvětlila jim tento proces dopodrobna (Kalanlar, 2020, s. 99). Vysvětlení posmrtné prohlídky by mělo zahrnovat možnost omezení pitvy na určité tělesné systémy, což může být pro rodiny rozhodující (Helps et al., 2020, s. 2). Žádost o pitvu dítěte je dobrovolná a rodiče s ní nemusí souhlasit. Rodina se rozhodne odmítnout pitvu v případě, pokud ví, z jakých důvodů dítě zemřelo, nebo nechtějí, aby tělo dítěte bylo dále poškozováno (Kalanlar, 2020, s. 99). Mimoto by měly být porodní

asistentky schopné vysvětlit účel pitvy, jak se provádí a kdy by k ní mělo dojít. Následně by měly rodinám vysvětlit, že ne všechna posmrtná vyšetření odhalí příčinu úmrtí dítěte, ale i samotné nenalezení příčiny se může brát pozitivně. Vyloučí se tím riziko určitých komplikací v dalším těhotenství ženy (Bakbakhi et al., 2017, s. 163). Vlivy na rozhodování rodičů o pitvě mohou být složité. Zahrnují je dostupné možnosti pitvy, kvalita informací, které jsou porodními asistentkami předávány a také samotný postoj porodních asistentek k pitvě. Existují rizika, která tvoří překážky pro souhlas s pitvou. Mezi ně řadíme špatnou připravenost porodní asistentky na diskusi o pitvě. Dále stres a zármutek rodičů, které negativně ovlivňují kognitivní schopnosti. Čímž se myslí narušení uchování informací, verbální zpracování a emoční rozhodování. Pokud však porodní asistentky pochopí tato hrozící rizika a připraví se na diskusi, mohou pomoci vyvinout vhodnou a účinnou podporu pro rozhodování (Schirmann et al., 2018, s. 256). Při provedení pitvy se může rodině ulevit, když zjistí, že za smrt svého dítěte oni sami nemohli. Co se týče sdělení výsledků pitvy, zdravotnický personál by měl výsledky prezentovat upřímně a srozumitelně (Kalanlar, 2020, 99). Mnohdy se však stávalo, že rodina čekala na výsledky pitvy i rok a byly jim pouze zaslány poštou. Rodina nedostala žádné vysvětlení a některé lékařské termíny ani nepochopila (Schirmann et al., 2018, s. 259). V některých případech, kdy byl rodinám popsán výsledek pitvy, rodiče poznali, že s nimi zdravotnický personál nejednal upřímně a že výsledky byly zkresleny (Helps et al., 2020, s. 3). Z tohoto důvodu je důležité, aby porodní asistentky myslely na pitevní výsledky a aby pochopily význam a smysl výsledků pro rodiče (Schirmann et al., 2018, s. 259).

### **3.1 PODPŮRNÉ SLUŽBY A PODPORA PORODNÍCH ASISTENTEK U POZŮSTALÝCH ŽEN A RODIN**

Pro podporu rodičů po perinatální ztrátě je důležitá jejich rodina, avšak i ta si může procházet zármutkem ze ztráty. V České republice je proto možnost podpory profesionálních pracovníků v oblasti péče po perinatální ztrátě (Procházka a kolektiv, 2020, s. 619). Podpůrná perinatální péče o pozůstalé je zaměřena na psychosociální, fyzické a praktické potřeby rodičů. Potřeby se začínají objevovat již při vyřčení diagnózy mrtvého plodu, pokračují porodem a poté dlouhodobou poporodní péčí. Následně bereme ohledy na ženy, které chtějí opětovně otěhotnět (Boyle et al., 2020, s. 108). Podpůrné služby musí splňovat určité aspekty péče, a to dobrou komunikaci, umět se společně domlouvat s profesionály (tedy osobami poskytující porodní péči) a s rodinami o individuální péči (Salgado et al., 2021 s. 5). Ve směrnicích, jak mají podpůrné služby podporovat rodiče je také zmíněn právě způsob komunikace, která má mnoho forem. Je důležité projevit empatii a soucit, vhodná je i neverbální komunikace a respekt k



soukromí. Dále je třeba vyhýbat se eufemismům, čímž se myslí spojení tvořené slovy úmrtí, ztráta dítěte a podobně. Jedním z nejdůležitějších bodů podpůrné perinatální péče je naslouchání rodinám, aby byly pochopeny a mohly obdržet veškeré preference, které potřebují (Boyle et al., 2020, s. 108). Aby zdravotníci, porodní asistentky zaručili pozůstalým rodičům adekvátní pomoc, je nutné, aby byli emocionálně a technicky vybaveni. Jednání se ženou a rodinou, trpící nad ztrátou dítěte, může představovat obrovskou výzvu, vezmeme-li v úvahu kulturní a osobní jedinečnost každého z nich (Salgado et al., 2021, s. 4).

Studie Inati et al. zasílala ženám, které prožily perinatální ztrátu dotazník týkající se posttraumatické poruchy. Cílem tohoto dotazníku bylo zjištění, zda je podpůrná služba pro pozůstalé rodiny potřebná. Vyšlo najevo, že po porodu mrtvého dítěte byl vysoký podíl žen, které trpí PTSD, nebo komplikovaným zármutkem. Komplikovaný zármutek definujeme jako nepatologickou reakci na ztrátu, který po šesti měsících vymizí, nebo se zmírní. Většina žen, u kterých bylo diagnostikováno PTSD, nebo komplikovaný zármutek, využily podpůrných služeb. Co se týče mužů, pouze nízký počet z nich navštěvuje služby pro pozůstalé. Což neznamená, že by neprožívali smutek jako jejich partnerky, ale truchlí odlišně (2018, s. 54, 58, 60).

Porodní asistentky by měly úzce spolupracovat s podpůrnými službami z důvodu informovanosti. Právě ony mohou zprostředkovat nejvíce informací podpůrným službám a zajistit tak lepší zotavení rodin (Inati et al., 2018, s. 60). Takováto spolupráce by měla fungovat i mezi nemocničními porodními asistentkami a komunitními porodními asistentkami. Mnohdy totiž dochází k situacím, kdy jsou informace o dítěti a pozůstalých rodinách referovány se zpožděním, anebo je jich nedostatek (Bakhbakhi et al., 2017, s. 164). V Irsku mají v každé nemocnici zaměstnanou alespoň jednu klinickou porodní asistentku, která je specializována na péči o pozůstalé rodiče. Tato porodní asistentka si následně s rodinami domlouvá schůzky a pomáhá jim v období po odchodu z nemocnice. Při kontinuitě péče od diagnózy přes pobyt v nemocnici, po propuštění a následnou péči v šestinedělí dochází k vyhnutí se určitým obtížím. Mezi tyto obtíže řadíme nezodpovězené otázky, kdy a kam se dostavit k následné péči a podobně. Dochází tak ke vzniku zmatku u pozůstalých rodičů (Helps et al., 2020, s. 5).

## 4 PODPORA PORODNÍCH ASISTENTEK V NÁSLEDUJÍCÍM TĚHOTENSTVÍ

Těhotenství po porodu mrtvého dítěte je pro ženy emocionálně náročnou životní událostí. Z tohoto důvodu je emoční podpora během dalšího těhotenství nezbytnou součástí kvalitní mateřské péče (Mills et al., 2016, s. 1). V rámci komunikace mezi porodní asistentkou a rodinou po porodu mrtvého dítěte by měla být probrána již zmiňována problematika dalšího těhotenství. Do této tematiky zahrnujeme úroveň prenatalní péče, která jim bude poskytnuta při dalším těhotenství (Bakhbaki et al., 2017, s. 164). Důsledkem perinatální ztráty v anamnéze dochází u těhotných žen ke zvýšenému zájmu využívání zdravotní péče (Mills et al., 2016, s. 5). V praxi se tak přidávají návštěvy na klinikách, ženám je poskytnut delší čas na prodiskutování problémů v souvislosti s těhotenstvím. Mají také nárok na více předporodních návštěv apod. (Roseingrave et al., 2022, s. 1). Perinatální ztráty mnohdy vedou k emočním psychosociálním potížím. V některých rodinách dochází k vyústění příznaků posttraumatické stresové poruchy, deprese, nebo také úzkosti. Nedochozí však jen k psychosociálním problémům. U některých žen se v dalším těhotenství zvyšují i rizika spojená se samotným porodem (Agwu Kalu et al., 2018, s. 69). Je již známo, že riziko porodu mrtvého dítěte a dalších těhotenských komplikací je právě zvýšené u matek, u kterých již dříve proběhl porod mrtvého dítěte (Bakhbaki et al., 2017, s. 164). Dle studie Wojcieszek et al. je však riziko recidivy mrtvého porodu pouhých 2,9 % (2018, s. 199). Mezi těhotenské komplikace po porodu mrtvého dítěte řadíme např. předčasný porod, abrupci placenty, intrauterinní růstovou restrikci plodu, preeklampsii a gestační diabetes mellitus (Roseingrave et al., 2022, s. 1). Tyto problémy jsou mnohdy připisovány ke vznikajícímu stresu v průběhu těhotenství, proto je důležitá psychická podpora porodních asistentek (Mills et al., 2016, s. 2). Prenatalní péče po porodu mrtvého dítěte je značně rozdílná v rámci zemí a jejich kultur. V některých zemích například poskytují možnost předčasného porodu, pokud k perinatální ztrátě došlo ve více než 30. týdnu těhotenství (Bakhbaki et al., 2017, s. 165). Dle výzkumu Roseingrave et al. bylo zjištěno, že ženám v dalším těhotenství, po porodu mrtvého dítěte, bylo provedeno více indukcí porodu, císařských řezů a také je zaznamenáno více předčasných porodů (2022, s. 2). Tyto možné intervence jsou pro rodiče příznivé i z hlediska psychologických a sociálních důvodů (Wojcieszek et al., 2019, s. 2).

Většina matek otěhotní do jednoho roku od narození mrtvého dítěte. (Bakhbaki et al., 2017, s. 165). Ve studii Campbell-Jackson et al., která zkoumala určitou skupinu žen a jejich následné těhotenství, zjistila, že se jedná až o 50 % žen, které znovu otěhotní za méně než rok

po perinatální ztrátě (2014, s. 2). V Ugandě dokonce porodní asistentky doporučují ženám, aby otěhotněly, co nejdříve, a to z toho důvodu, aby došlo k “náhradě” za mrtvé dítě (Kiguli et al., 2015, s. 7). Většinou po těhotenství touží dříve ženy než muži, avšak záleží na situaci. V páru, kde byla zjištěna anomálie, která nebyla slučitelná se životem, spíše vyčkávali s pokusem o další těhotenství, a to z toho důvodu, že čekali na výsledky, zda je vše v pořádku pro další těhotenství. Kdežto rodiče, kteří utrpěli ztrátu dítěte a dané dítě netrpělo žádnou anomálií, pokoušeli se o dítě v krátkém časovém intervalu po ztrátě (Murphy et al., 2021, s. 477). V dalším těhotenství může docházet ke vzniku strachu z těhotenství. Ženy často pociťují úzkost a depresi (Roseingrave et al., 2022, s. 1). Jako hlavním poskytovatelem podpory je označován otec, avšak muži mnohdy vyjadřují frustraci a bezmoc kvůli své neschopnosti ochránit svou partnerku před emoční bolestí. Cítí nejednoznačnost otcovství poté, co přišli o své dítě, jako další zdroj úzkosti. Kromě toho mají opětovně převzít otcovskou roli, i přes smutek, který prožívají. Muži také zdůrazňují, že jejich pocity smutku a úzkosti jsou často poskytovateli péče ignorovány a znehodnoceny (Campbell-Jackson et al., 2014, s. 2). Psychická tíseň může vést k napětí v okruhu přátel a v rodinných vztazích. Výsledná sociální izolace zvyšuje potřebu emocionální a psychologické podpory porodních asistentek během dalšího těhotenství (Mills et al., 2022, s. 2). Během péče porodní asistentky v dalším těhotenství záleží na porozumění mezi porodní asistentkou a rodinou, aby došlo k eliminování stresu rodičů. Následně při vzájemném porozumění dochází k poskytování účinnější podpory při zármutku (Agwu Kalu et al., 2018, s. 69). Vyvolání úzkosti může také způsobit návštěva nemocnice, kde bylo porozeno předchozí mrtvorozené dítě. Z tohoto důvodu ženy po porodu mrtvého dítěte častěji vyhledávají předporodní kurzy (Roseingrave et al., 2022, s. 1). Avšak dle studie Wojcieszek et al. se např. ve Velké Británii málokdy poskytují specializované předporodní kurzy pro pozůstalé rodiče, a to navzdory tomu, že se ve Velké Británii nacházejí vyškolené týmy pro prenatální podporu po porodu mrtvého dítěte (2018, s. 199). Pro některé rodiny je obtížné navázat vztah k novému dítěti, jelikož stále truchlí nad předešlou ztrátou. Jiné rodiny naopak vidí další těhotenství jako novou příležitost a dochází tak ke snadnějšímu propojení s dítětem (Murphy et al., 2021, s. 476).

Péči v průběhu těhotenství po prodělaném porodu mrtvého dítěte hodnotí rodiny odlišně (Mills et al., 2022, s. 2). Prenatální péče a ultrazvuková vyšetření jsou pro rodiče v dalším těhotenství dostatečné, avšak poukazují na nespokojenost spojenou s psychosociálními potřebami. Porodní asistentky a lékaři mívají často tendenci věnovat se rizikům spojené s recidivou mrtvého porodu než zabýváním se psychosociálními riziky, i když se jedná o běžnější problém (Wojcieszek et al., 2018, s. 199). Mnohé studie uvádí nespokojenost rodin s porodními

asistentkami související se špatnou komunikací, necitlivými komentáři a neznalostí předchozí anamnézy matky. Očekávající rodiče uvádí znepokojení i co se týče nedostatečné kontinuity péče. Tím se myslí, že rodiče zřídka vídali stejný zdravotnický personál na svých předporodních kontrolách, a díky tomu museli opakovat podrobnosti o smrti svého předchozího dítěte. Tato roztržitá péče měla za důsledek nedostatečnou emoční podporu. Vztah mezi rodiči a porodní asistentkou je považován za nejprímější, nejintimnější kontakt. Proto je důležité pro další těhotenství dodržet kontinuitu péče porodní asistentky. Porodní asistentka je považována za osobu, která se o ženu stará od začátku těhotenství po porod a následné šestinedělí (Mills et al., 2022, s. 2, 3). Proto je důležité, aby se aktivně zapojila do péče a podporovala rodinu v rozhodování o důležitých aspektech následného těhotenství. Takováto péče následně může pomoci zvládnání úzkostí a v neposlední řadě dodá nastávajícím rodičům pocit sebedůvěry a kontroly nad dítětem. Mezi nedostatky v kvalitní péči o rodiny čekající dítě po porodu mrtvého dítěte také řadíme nedostatek času, důvěry, rozpačitost anebo také neschopnost pochopit truchlící rodinu. Proto je důležité zaškolení zdravotníků v komunikačních dovednostech, aby byla poskytována promyšlená a empatická péče (Wojcieszek et al., 2018 s. 199). Vysoce ceněná je u porodních asistentek také flexibilita při plánování, poskytování mimořádných schůzek na vyžádání a zajištění tak přístupu žen k účinnému poradenství a podpoře mezi schůzkami (Mills et al., 2016, s. 7).

Rodiče v dalším těhotenství mnohdy podléhají určité strategii, kterou používají při pocitech nejistoty. Řadíme sem strategie kognitivní, emoční a praktické. Co se týče skupiny kognitivní, jedná se o rozptýlení. Pro otce je nejčastějším zdrojem rozptýlení práce a sebe mluva. Mají snahu se při ní sami sebe pozitivně naladit, například tím, že v předešlém těhotenství se jednalo o náhodu, ale teď bude vše v pořádku. Mezi emoční strategii řadíme ignoraci, nebo boj se svými emocemi. Rodiče je používají v zájmu toho, aby chránili své nenarozené dítě. Praktická strategie spočívá v úloze matky sledovat pohyby plodu. V některých situacích dochází k panice, kdy se rodina potřebuje ujistit v nemocnici, zda je s dítětem vše v pořádku (Campbell-Jackson et al., 2014, s. 6).

První setkání se svým živě narozeným dítětem vnímá většina rodičů jako pocit úlevy. Některé rodiny zažily emocionální otupělost, která zastínila jiné očekávané emoce, jako je např. radost. Některé matky následně požádaly porodní asistentku, aby jim živě narozené dítě nedávaly po porodu na hrud'. Potřebovaly čas na přijetí situace, že se jedná o živé dítě. Často dochází k neúplnému počátečnímu přirozenému poutu mezi matkou a dítětem. Proces vytváření vazeb se postupně vytváří, když začne být dítě komunikativnější, interaktivnější. Všechny

rodiny uvedly, že se svým dalším dítětem po perinatální ztrátě mají posléze dobrý vztah (Campbell-Jackson et al., 2014, s. 7).

## **5 VÝZNAM A LIMITACE DOHLEDANÝCH POZNATKŮ**

Tato bakalářská práce se zabývá péčí o ženy a rodiny po prodělané perinatální ztrátě z pohledu porodních asistentek. Následně také jaký má dopad samotná péče na porodní asistentky. Literatura v rámci perinatální ztráty je dohledatelná nejen z klinického, ale také z psychosociálního hlediska. Samotné studie však poukazují na to, že literatury ohledně perinatální péče není mnoho a měla by se tato problematika více zkoumat. Komunikace s pozůstalými rodinami je však náročná, a proto není jednoduché výzkum provést.

Dohledané poznatky se mnohdy liší. Samotná odlišnost se nachází již u datace porodu mrtvého dítěte, což může být zapříčiněné zemí, ve které studie byla provedena. V Evropských směrnících se vyznačuje mrtvé dítě po ukončeném 22. týdnu těhotenství při více než 500 g dítěte. V jiných zemích, tedy v zemích s nízkými příjmy, se datuje mrtvorozené dítě až po ukončeném 28. týdnu těhotenství. Vědecké studie se také rozcházejí v problematice kontaktu s mrtvým dítětem. V některých výzkumech uvádí, že se jedná o prospěšný prvek v perinatální péči, jiné zdroje však naznačují, že pozůstalým ženám a rodinám přivádí kontakt s mrtvým dítětem větší úzkost a smutek.

Bakalářská práce obsahuje pouze dva články z České republiky zaměřující se na péči po perinatální ztrátě. Je tedy malý vzorek vědeckých studií, který by poukazoval, jak funguje perinatální péče v České republice. Výrazně je nedostačující literatura z hlediska psychosociální péče.

## ZÁVĚR

Perinatální ztráta je velice náročnou situací jak už pro pozůstalé rodiče a jejich rodiny, tak pro porodní asistentky a lékaře porodníky. Cílem této bakalářské práce bylo sumarizovat dohledatelné aktuální poznatky o perinatální péči porodních asistentek. Dále také hodnocení péče daných pozůstalých rodin.

První dílčí cíl se zabýval perinatální péčí o ženy a jejich rodiny v prostředí nemocnice. Většina nemocnic poskytuje pozůstalým rodinám aspekty klinické i psychosociální péče. Porodní asistentky by měly být vzdělané ohledně této problematiky, aby mohly poskytnout co nejefektivnější péči. V rámci pobytu v nemocnici může rodina obdržet upomínkové předměty, jako je fotografie, otisky nožiček i pramínek vlasů dítěte. Rodinám je poskytnuta možnost kontaktu s dítětem. Dílčí cíl byl splněn.

Druhým dílčím cílem bylo dohledat aktuální poznatky o perinatální péči v následujícím období po odchodu z nemocnice. Rodinám by měla být nastíněna problematika pitvy a pohřbu. Samotná pitva nemusí být provedena, vše záleží na rozhodnutí pozůstalých rodičů. Porodní asistentka by měla být schopna nastínit danou situaci a vysvětlit průběh pitvy. Následně by měla pomoci při zařizování pohřbu. Sepsat s rodiči potřebnou dokumentaci, jelikož v danou chvíli nemusí být rodiče plně schopni rozhodovat o takovýchto náležitostech. Je třeba, aby se tato problematika rozšířila i do zemí, kde zdravotní personál není schopen poskytnout tuto formu péče. Tedy v zemích s nízkými příjmy. Mnohdy dochází k nehumánním zacházením s ostatky mrtvého dítěte. Další problematikou tohoto dílčího cíle je kontinuita péče. V některých případech dochází k časté obměně personálu a pozůstalá rodina musí čelit opakovanému popisování své anamnézy. V každé Irské nemocnici je zaměstnaná jedna klinická porodní asistentka, která je specializovaná na perinatální ztrátu a pomáhá tak rodinám v těchto těžkých situacích. Tento způsob péče by mohl vést k lepšímu zotavení se pozůstalých rodičů. Dílčí cíl byl splněn.

Poslední dílčí cíl byl zaměřen na péči v následujícím těhotenství po prodělané perinatální ztrátě. Informovanost a nadstandardní péče je v této problematice na prvním místě. Porodní asistentky a lékaři porodníci by měli být schopni referovat informace o tom, jak probíhá následná prenatalní péče. V následujícím těhotenství dochází k vyšším rizikům. Jedná se o rizika předčasného porodu, abrupce placenty, preeklampsie a další. Je potřeba na ženu dohlížet a častěji ji podrobit prenatalním kontrolám. Nesmí se však zapomínat i na psychosociální potřeby rodičů. Tyto potřeby jsou často opomíjené a rodiče po prožití perinatální ztrátě potřebují i pomoc psychickou. Může totiž docházet k rozvoji deprese a úzkostí. V následujícím

těhotenství by proto měla být také dodržena kontinuita péče porodní asistentkou jako po prodělání perinatální ztráty. Dílčí cíl byl splněn.

Bakalářskou přehledovou práci mohou při svém studiu využít studentky oboru Porodní asistence. Lze ji využít jako doplněk výuky, která se zaměřuje na danou problematiku. Poskytuje rovněž informace, které mohou při své praxi využít již stávající porodní asistentky nejen v nemocnici, ale také v komunitní péči. V neposlední řadě může sloužit jako zdroj informací ženám, které prodělaly perinatální ztrátu.

## REFERENČNÍ SEZNAM

ACTIS DANNA, Valentina, Tina LAVENDER, Rose LAISSER, et al. Exploring the impact of healthcare workers communication with women who have experienced stillbirth in Malawi, Tanzania and Zambia. A grounded theory study. *Women and Birth* [online]. 2022, 11 [cit. 2022-11-28]. ISSN 18715192. Dostupné z: doi:10.1016/j.wombi.2022.04.006

AGWU KALU, Felicity, Barbara COUGHLAN a Philip LARKIN. A mixed methods sequential explanatory study of the psychosocial factors that impact on midwives' confidence to provide bereavement support to parents who have experienced a perinatal loss. *Midwifery* [online]. 2018, **64**, 69-76 [cit. 2023-04-19]. ISSN 02666138. Dostupné z: doi:10.1016/j.midw.2018.06.011

BAKHBAKHI, Danya, Christy BURDEN, Claire STOREY a Dimitrios SIASSAKOS. Care following stillbirth in high-resource settings: Latest evidence, guidelines, and best practice points. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine* [online]. 2017, **22**(3), 161-166 [cit. 2023-03-25]. ISSN 1744165X. Dostupné z: doi:10.1016/j.siny.2017.02.008

BLOOD, Cybele a Joanne CACCIATORE. Best practice in bereavement photography after perinatal death: qualitative analysis with 104 parents. *BMC Psychology* [online]. 2014, **2**(1), 1-10 [cit. 2023-02-09]. ISSN 20507283. Dostupné z: doi:10.1186/2050-7283-2-15

BOYLE, Frances M., Dell HOREY, Philippa F. MIDDLETON a Vicki FLENADY. Clinical practice guidelines for perinatal bereavement care — An overview. *Women and Birth* [online]. 2020, **33**(2), 107-110 [cit. 2023-03-23]. ISSN 18715192. Dostupné z: doi:10.1016/j.wombi.2019.01.008

BURDEN, C., S. BRADLEY, C. STOREY, A. ELLIS, A.E.P. HEAZELL, S. DOWNE, J. CACCIATORE a D. SIASSAKOS. From grief, guilt pain and stigma to hope and pride - a systematic review and meta-analysis of mixed-method research of the psychosocial impact of stillbirth. *BMC Pregnancy and Childbirth* [online]. 2016, **16**(1), 1-12 [cit. 2023-03-22]. ISSN 14712393. Dostupné z: doi:10.1186/s12884-016-0800-8

CAMPBELL-JACKSON, Louise, Jessica BEZANCE a Antje HORSCH. "A renewed sense of purpose": Mothers' and fathers' experience of having a child following a recent stillbirth. *BMC Pregnancy and Childbirth* [online]. 2014, **14**(1), 1-12 [cit. 2023-04-04]. ISSN 1471-2393. Dostupné z: doi:10.1186/s12884-014-0423-x

ELLIS, Alison, Caroline CHEBSEY, Claire STOREY, Stephanie BRADLEY, Sue JACKSON, Vicki FLENADY, Alexander HEAZELL a Dimitrios SIASSAKOS. Systematic review to understand and improve care after stillbirth: a review of parents' and healthcare professionals' experiences. *BMC Pregnancy and Childbirth* [online]. 2016, **16**(1) [cit. 2022-11-08]. ISSN 1471-2393. Dostupné z: doi:10.1186/s12884-016-0806-2

GRIFFIN, Lucy. IMI Natoinal Guideline - Bereavement Photography. *Institute of Medical Illustrators* [online]. Londýn: Institute of Medical Illustrators, 2018 [cit. 2023-02-09]. Dostupné z: [https://www.imi.org.uk/wp-content/uploads/2019/01/2018\\_Apr\\_IMINatGuidelines\\_Bereavement.pdf](https://www.imi.org.uk/wp-content/uploads/2019/01/2018_Apr_IMINatGuidelines_Bereavement.pdf)



HEAZELL, Alexander E. P., Aleena WOJCIESE, Nicole GRAHAM a Louise STEPHENS. Care in pregnancies after stillbirth and perinatal death. *International Journal of Birth* [online]. 2019, **6**(2), 23-28 [cit. 2022-11-02]. ISSN 20540779. Dostupné z: <https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=11&sid=9ea7e34c-12a2-444e-b09e-b68d6739457e%40redis>

HELPS, Anne, Keelin O'DONOGHUE, Laura O'BYRNE, Richard GREENE a Sara LEITAO. Impact of bereavement care and pregnancy loss services on families: Findings and recommendations from Irish inquiry reports. *Midwifery* [online]. 2020, **91**(91), 1-7 [cit. 2023-04-05]. ISSN 02666138. Dostupné z: doi:10.1016/j.midw.2020.102841

HENNEGAN, J.M., J. HENDERSON a M. REDSHAW. Is partners' mental health and well-being affected by holding the baby after stillbirth? Mothers' accounts from a national survey. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* [online]. 2018, **36**(2), 120 - 131 [cit. 2023-02-13]. ISSN 1469672X. Dostupné z: doi:10.1080/02646838.2018.1424325

HOMER, Caroline S E, Address MALATA a Petra TEN HOOPE-BENDER. Supporting women, families, and care providers after stillbirths. *The Lancet*[online]. 2016, **387**(10018), 516-517 [cit. 2022-11-01]. ISSN 01406736. Dostupné z: doi:10.1016/S0140-6736(15)01278-7

Christou A, Alam A, Hofiani SMS, Rasooly MH, Mubasher A, Rashidi MK, Dibley MJ, Raynes-Greenow C. How community and healthcare provider perceptions, practices and experiences influence reporting, disclosure and data collection on stillbirth: Findings of a qualitative study in Afghanistan. *Soc Sci Med.* 2019 Sep;236:112413. doi: 10.1016/j.socscimed.2019.112413. Epub 2019 Jul 12. PMID: 31326779.

INATI, Violet, Mara MATIC, Christine PHILLIPS, Nathalie MACONACHIE, Fiona VANDERHOOK a Alison L. KENT. A survey of the experiences of families with bereavement support services following a perinatal loss. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* [online]. 2018, **58**(1), 54-63 [cit. 2023-03-22]. ISSN 00048666. Dostupné z: doi:10.1111/ajo.12661

Jones, Kay, M.H.Sc (Hons), R.M. a Smythe, Liz, PhD, R.G.O.N., R.M. The impact on midwives of their first stillbirth. *New Zealand College of Midwives Journal.* [online]. 2015, no. 51, s. 17-22. ISSN 01147870.

JØRGENSEN, Mathilde Lindh, Christina PRINDS, Sofie MØRK a Dorte HVIDTJØRN. Stillbirth – transitions and rituals when birth brings death: Data from a danish national cohort seen through an anthropological lens. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* [online]. 2022, **36**(1), 100-108 [cit. 2023-03-22]. ISSN 02839318. Dostupné z: doi:10.1111/scs.12967

JURČENKO, Marija, Arta KOČĀNE, Madara KURPNIECE, Laura DREIJERE, Ieva BRIEDĪTE a Artūrs MIKSONS. KNOWLEDGE AND COMFORT LEVEL OF MIDWIVES AND OBSTETRICIANS DEALING WITH BEREAVEMENT AFTER STILLBIRTH. *Proceedings of the International Scientific Conference of Daugavpils University / Daugavpils Universitātes Starptautiskas Zinatniskas Konferences Materiali* [online]. 2017, (59), 261-265 [cit. 2022-11-01]. Dostupné z:

<https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=9ea7e34c-12a2-444e-b09e-b68d6739457e%40redis>

KALANLAR, B. Hospital Practices for Parents Following Perinatal Loss. *Omega (United States)* [online]. 2020, **82**(1), 92 - 104 [cit. 2023-03-16]. ISSN 15413764. Dostupné z: doi:10.1177/0030222818803809

KENNER, C, J PRESS a D RYAN. Recommendations for palliative and bereavement care in the NICU: a family-centered integrative approach. *Journal of Perinatology* [online]. 2015, **35**(S1), S19-S23 [cit. 2023-03-08]. ISSN 0743-8346. Dostupné z: doi:10.1038/jp.2015.145

KIGULI, Juliet, Sarah NAMUSOKO, Kate KERBER, Stefan PETERSON a Peter WAISWA. Weeping in silence: community experiences of stillbirths in rural eastern Uganda. *Global Health Action* [online]. 2015, **8**(1), 1-8 [cit. 2023-04-02]. ISSN 1654-9716. Dostupné z: doi:10.3402/gha.v8.24011

KINGDON, C., E. O'DONNELL, J. GIVENS a M. TURNER. The role of healthcare professionals in encouraging parents to see and hold their stillborn baby: A meta-synthesis of qualitative studies. *PLoS ONE* [online]. 2015, **10**(7), 1-20 [cit. 2023-03-10]. ISSN 19326203. Dostupné z: doi:10.1371/journal.pone.0130059

KINGDON, C., J.L. GIVENS, E. O'DONNELL a M. TURNER. Seeing and Holding Baby: Systematic Review of Clinical Management and Parental Outcomes After Stillbirth. *Birth* [online]. 2015, **42**(3), 206 - 218 [cit. 2023-02-14]. ISSN 1523536X. Dostupné z: doi:10.1111/birt.12176

KING, Michael Q., Megan OKA a W. David ROBINSON. Pain without reward: A phenomenological exploration of stillbirth for couples and their hospital encounter. *Death Studies* [online]. 2021, **45**(2), 152-162 [cit. 2023-03-14]. ISSN 0748-1187. Dostupné z: doi:10.1080/07481187.2019.1626936

LIN, Chien-hui, Kai-yuan CHENG a Hsien-hsien CHIANG. Saying Goodbye to the Newborn: The Unease and Actions of Nursing Professionals in Handling Stillbirth Care. *Journal of Nursing* [online]. 2015, **62**(1), 29-38 [cit. 2023-03-14]. ISSN 0047262X. Dostupné z: doi:10.6224/JN.62.1.29

LISTERMAR, Karin Henley, Taina SORMUNEN a Ingela RÅDESTAD. Perinatal palliative care after a stillbirth—Midwives' experiences of using Cubitus baby. *Women and Birth* [online]. 2020, **33**(2), 161-164 [cit. 2023-02-16]. ISSN 18715192. Dostupné z: doi:10.1016/j.wombi.2019.05.013

Lisy K, Peters MD, Riitano D, Jordan Z, Aromataris E. Provision of Meaningful Care at Diagnosis, Birth, and after Stillbirth: A Qualitative Synthesis of Parents' Experiences. *Birth*. 2016 Mar;43(1):6-19. doi: 10.1111/birt.12217. Epub 2016 Jan 22. PMID: 26799862.

LITTLEMORE, J. a S. TURNER. What Can Metaphor Tell Us about Experiences of Pregnancy Loss and How Are These Experiences Reflected in Midwife Practice?. *Frontiers in Communication* [online]. 2019, **4**, 1-17 [cit. 2023-02-07]. ISSN 2297900X. Dostupné z: doi:10.3389/fcomm.2019.00042

MARTEL, S.L. a L. IVES-BAINE. "Most prized possessions": Photography as living relationships within the end-of-life care of newborns. *Illness Crisis and Loss*[online]. 2014, **22**(4), 311 - 332 [cit. 2023-03-13]. ISSN 15526968. Dostupné z: doi:10.2190/IL.22.4.d

MCNAMARA, Karen, S. MEANEY, O. O'CONNELL, M. MCCARTHY, R. A. GREENE a K. O'DONOGHUE. Healthcare professionals' response to intrapartum death: a cross-sectional study. *Archives of Gynecology and Obstetrics* [online]. 2017, **295**(4), 845-852 [cit. 2023-04-05]. ISSN 0932-0067. Dostupné z: doi:10.1007/s00404-017-4309-9

MEANEY, Sarah, Claire M. EVERARD, Stephen GALLAGHER a Keelin O'DONOGHUE. Parents' concerns about future pregnancy after stillbirth: a qualitative study. *Health Expectations* [online]. 2017, **20**(4), 555-562 [cit. 2023-04-04]. ISSN 13696513. Dostupné z: doi:10.1111/hex.12480

MILLS, T. A., C. RICKLESFORD, A. E. P. HEAZELL, A. COOKE a T. LAVENDER. Marvellous to mediocre: findings of national survey of UK practice and provision of care in pregnancies after stillbirth or neonatal death. *BMC Pregnancy and Childbirth* [online]. 2016, **16**(1), 1-10 [cit. 2023-04-10]. ISSN 1471-2393. Dostupné z: doi:10.1186/s12884-016-0891-2

MILLS, Tracey A., Stephen A. ROBERTS, Elizabeth CAMACHO, et al. Better maternity care pathways in pregnancies after stillbirth or neonatal death: a feasibility study. *BMC Pregnancy and Childbirth* [online]. 2022, **22**(1), 1-14 [cit. 2023-03-29]. ISSN 1471-2393. Dostupné z: doi:10.1186/s12884-022-04925-3

MURPHY, Margaret, Eileen SAVAGE, Keelin O'DONOGHUE, Joann O. LEARY a Patricia LEAHY-WARREN. Trying to conceive: An interpretive phenomenological analysis of couples' experiences of pregnancy after stillbirth. *Women and Birth*[online]. 2021, **34**(5), e475-e481 [cit. 2023-03-28]. ISSN 18715192. Dostupné z: doi:10.1016/j.wombi.2020.10.016

PETERS, Micah D.J., Karolina LISY, Dagmara RIITANO, Zoe JORDAN a Edoardo AROMATARIS. Caring for families experiencing stillbirth: Evidence-based guidance for maternity care providers. *Women and Birth* [online]. 2015, **28**(4), 272-278 [cit. 2023-03-25]. ISSN 18715192. Dostupné z: doi:10.1016/j.wombi.2015.07.003

PROCHÁZKA, Martin. *Porodní asistence*. Praha: Maxdorf, [2020]. Jessenius. ISBN 978-80-7345-618-4.

RAVALDI, Claudia, Miriam LEVI, Elena ANGELI, Gianpaolo ROMEO, Marco BIFFINO, Roberto BONAIUTI a Alfredo VANNACCI. Stillbirth and perinatal care: Are professionals trained to address parents' needs?. *Midwifery* [online]. 2018, **64**, 53-59 [cit. 2022-11-08]. ISSN 02666138. Dostupné z: doi:10.1016/j.midw.2018.05.008

REDSHAW, M., J.M. HENNEGAN a J. HENDERSON. Impact of holding the baby following stillbirth on maternal mental health and well-being: Findings from a national survey. *BMJ Open* [online]. 2016, **6**(8), 1-9 [cit. 2023-02-13]. ISSN 20446055. Dostupné z: doi:10.1136/bmjopen-2015-010996

ROSEINGRAVE, Ruth, Margaret MURPHY a Keelin O'DONOGHUE. Pregnancy after stillbirth: maternal and neonatal outcomes and health service utilization. *American Journal of Obstetrics* [online]. 2022, 4(1), 1-8 [cit. 2023-03-27]. ISSN 25899333. Dostupné z: doi:10.1016/j.ajogmf.2021.100486

RYNINKS, Kirsty, Cara ROBERTS-COLLINS, Kirstie MCKENZIE-MCHARG a Antje HORSCH. Mothers' experience of their contact with their stillborn infant: An interpretative phenomenological analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*[online]. 2014, 14(1), 1-10 [cit. 2023-02-16]. ISSN 1471-2393. Dostupné z: doi:10.1186/1471-2393-14-203

SALGADO, Heloisa de Oliveira, Carla Betina ANDREUCCI, Ana Clara Rezende GOMES a João Paulo SOUZA. The perinatal bereavement project: development and evaluation of supportive guidelines for families experiencing stillbirth and neonatal death in Southeast Brazil—a quasi-experimental before-and-after study. *Reproductive Health* [online]. 2021, 18(1), 1-17 [cit. 2023-04-06]. ISSN 1742-4755. Dostupné z: doi:10.1186/s12978-020-01040-4

SHOREY, Shefaly, Beate ANDRÉ a Violeta LOPEZ. The experiences and needs of healthcare professionals facing perinatal death: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies* [online]. 2017, 68, 25-39 [cit. 2023-03-23]. ISSN 00207489. Dostupné z: doi:10.1016/j.ijnurstu.2016.12.007

SCHIRMANN, A., F.M. BOYLE, D. HOREY, D. SIASSAKOS, D. ELLWOOD, I. ROWLANDS a V. FLENADY. Understanding mothers' decision-making needs for autopsy consent after stillbirth: Framework analysis of a large survey. *Birth*[online]. 2018, 45(3), 255 - 262 [cit. 2023-03-27]. ISSN 1523536X. Dostupné z: doi:10.1111/birt.12344

SMIDOVA, Iva. The end of the beginning: context of death at birth in the Czech Republic. *Mortality* [online]. 2018, 24(4), 431-449 [cit. 2023-02-27]. ISSN 1357-6275. Dostupné z: doi:10.1080/13576275.2018.1529743

TOVEY, R. a S. TURNER. Stillbirth memento photography. *Journal of Visual Communication in Medicine* [online]. 2020, 43(1), 2 - 16 [cit. 2023-02-07]. ISSN 17453062. Dostupné z: doi:10.1080/17453054.2019.1691439

TSENG, Ying-Fen, Chung-Hey CHEN a Hsiu-Hung WANG. Taiwanese Women's Process of Recovery From Stillbirth: A Qualitative Descriptive Study. *Research in Nursing & Health* [online]. 2014, 37(3), 219-228 [cit. 2022-11-17]. ISSN 01606891. Dostupné z: doi:10.1002/nur.21594

TSENG, Ying-fen, Min-tao HSU, Yueh-tzu HSIEH a Hsiu-rong CHENG. The meaning of rituals after a stillbirth: A qualitative study of mothers with a stillborn baby. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley)* [online]. 2018, 27(5-6), 1134-1142 [cit. 2023-03-22]. ISSN 09621067. Dostupné z: doi:10.1111/jocn.14142

WOJCIESZEK, Aleena M, Alexander EP HEAZELL, Philippa MIDDLETON, David ELLWOOD, Robert M SILVER a Vicki FLENADY. Research priorities and potential methodologies to inform care in subsequent pregnancies following stillbirth: a web-based

survey of healthcare professionals, researchers and advocates. *BMJ Open* [online]. 2019, **9**(6), 1-10 [cit. 2023-04-21]. ISSN 2044-6055. Dostupné z: doi:10.1136/bmjopen-2018-028735

WOJCIESZEK, AM, FM BOYLE, JM BELIZÁN, et al. Care in subsequent pregnancies following stillbirth: an international survey of parents. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* [online]. 2018, **125**(2), 193-201 [cit. 2023-04-04]. ISSN 14700328. Dostupné z: doi:10.1111/1471-0528.14424

*Zdravotnická statistika: Rodička a novorozenec 2016-2021*. 2016-2021. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2023. ISSN 1213-2683.

## **SEZNAM ZKRATEK**

Apod. - a podobně

Např. - například

PTSD – posttraumatická porucha

Tzv. – takzvaně