

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
Katedra antropologie a zdravovědy

Diplomová práce

Marie Doucha

Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy

Umírání a smrt v povolání porodní asistentky

Olomouc 2015

vedoucí práce: PhDr. Mgr. Jitka Tomanová, Ph.D.

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použité literatury.

V Olomouci dne

.....

Marie Doucha

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala PhDr. Mgr. Jitce Tomanové, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady, trpělivost a ochotu při psaní této diplomové práce. Rovněž děkuji všem respondentkám, které umožnily vznik této práce.

Dále bych chtěla poděkovat své rodině za podporu a pomoc, zejména svému manželovi a synovi, kteří tak trpělivě stáli po mém boku během období studia a tvorby diplomové práce.

Obsah

Úvod	7
1 Cíle a úkoly práce.....	9
2 Teoretické poznatky	10
2.1 Smrt v průběhu lidských dějin	10
2.2 Filosofie a náboženství k tématu smrti	13
2.2.1 Antická řecká a římská filosofie.....	13
2.2.2 Středověká a křesťanská filosofie.....	14
2.2.3 Novověká filosofie	14
2.2.4 Filosofie 20. století	15
2.3 Vymezení pojmů.....	17
2.3.1 Thanatologie	17
2.3.2 Smrt	17
2.3.3 Potrat, porod mrtvého plodu.....	18
2.3.4 Umírání.....	18
2.3.5 Euthanasie.....	22
2.4 Vzdělávání v oblasti thanatologie.....	26
2.4.1 Výuka zážitkové psychologie na téma smrt	26
2.5 Umírání a smrt v práci porodní asistentky	29
3 Metodika práce.....	32
3.1 Předvýzkum	32
3.2 Výzkum.....	34
3.2.1 Zaměření výzkumu	34
3.2.2 Metoda výzkumu	34
3.2.3 Výběr respondentů.....	35

3.2.4	Organizace výzkumu	35
4	Výsledky.....	37
4.1	Respondentky bez změny odpovědi	37
4.1.1	Situace spontánního potratu.....	37
4.1.2	Situace zákroku umělého přerušeni těhotenství	39
4.1.3	Situace porodu mrtvého plodu.....	41
4.1.4	Situace úmrtí novorozence	43
4.2	Respondentky se změnou odpovědi.....	46
4.2.1	Situace spontánního potratu.....	46
4.2.2	Situace zákroku umělého přerušeni těhotenství	49
4.2.3	Situace porodu mrtvého plodu.....	53
4.2.4	Situace úmrtí novorozence	57
5	Diskuze.....	62
5.1	Situace perinatální ztráty	62
5.2	Doporučení pro praxi	66
	Závěr.....	67
	Souhrn.....	69
	Summary.....	70
	Referenční seznam.....	71
	Přílohy	74

„Všechna rozmanitost, všecken půvab,

všechna krása života je složena ze světla a stínu.“

L. N. Tolstoj

Úvod

Umírání a smrt se týká nás všech. I přesto, že to každý v hloubi dobře ví, většina lidí si to během života odmítá přiznat. Proč taky? Vždyť během života musíme řešit spoustu jiných otázek a problémů, které nám každodennost přináší. Proč tedy řešit něco, co jednou přijde a stejně to nelze zvrátit? I s takovými názory se člověk setká, když chce přimět své okolí k rozmluvě o smrti. Z toho odmítavého postoje hovořit o umírání a smrti můžeme vyčíst, že lidé o těchto tématech přemýšlí, jen jim je většinou nepříjemné o nich nahlas rozmlouvat. Je to pochopitelné. V dnešní době se nám smrt poněkud vytratila ze života. Dříve bylo běžné, že lidé umírali doma, smrt byla součástí každodenního života. Dnes je smrt většinou zavřená za dveřmi specializovaných zařízení. Když se s ní potom člověk setká přímo, je tím většinou velmi zasažen.

O to větší zásah pro člověka je smrt na místě, kde se primárně neočekává. Mám tím na mysli porodní sál. Místo, kde na svět lidé přicházejí, ale i odcházejí z něj. Ať už mluvíme o matkách či novorozencích. Pokud by se člověk měl snažit na setkání se smrtí připravit, možná by bylo vhodné, kdyby si připustil, že ho smrt může potkat právě zde, ať je v roli rodiče, sourozence, partnera, manžela nebo zdravotnického pracovníka. Problematika umírání a smrti je v naší společnosti stále okrajovým a tabuizovaným tématem. I přes veškeré úsilí stále lepší prenatalní diagnostiky, přes veškerý medicínský pokrok se stále budeme setkávat s těmito těžkými situacemi i v souvislosti s těhotenstvím. Nejčastějšími situacemi, kdy se v práci porodní asistentky setkávají s umíráním a smrtí, jsou spontánní potraty, předčasné porody, porody mrtvého plodu či úmrtí matky či novorozence, v neposlední řadě rovněž umělá přerušení těhotenství, kdy se udává, že většina žen podstupujících tento zákrok není zcela jistě rozhodnuta ho podstoupit, ovšem díky vlivu okolí jej podstupují.

Ve svém okolí se velmi často setkávám s negativní reakcí, když sdělím, čím se zabývám. Lidem přijde morbidní a přinejmenším divné psát o smrti, psát o tom, že umírají už děti, které na svět ještě ani nestihly přijít. Pro mě je toto téma velmi zajímavé a myslím si, že je potřeba se mu věnovat a snažit se změnit zaběhnutý stav, který v současnosti v našem zdravotnictví máme. To je také důvod, proč jsem se rozhodla věnovat této problematice. Když

jsem jako studentka porodní asistence byla na jedné ze svých prvních praxí na oddělení gynekologie, zažila jsem tam něco, co mě nasměrovalo pro další roky. Na oddělení byla přijata žena v 16. týdnu těhotenství, která potrácela, věděli to všichni, snad všichni kromě ní. Ona sama to snad mohla pouze instinktivně vycítit z odmítavých postojů personálu o čemkoli se s ní bavít. Nikdo nebyl ochoten říct jí, co jí čeká, jaké jsou šance, naděje, co se obvykle děje. Tato situace a zoufalost té ženy v ní ve mně zanechaly tak silnou stopu, že jsem se rozhodla této problematice věnovat, věnovala jsem se jí už v bakalářské práci, vyšel mi k ní odborný článek a chci se jí věnovat i nadále.

Třeba se mi jednou podaří změnit přístup alespoň jedné porodní asistentky, což je asi můj největší cíl.

1 Cíle a úkoly práce

Hlavní cíl

Cílem práce bylo zjistit úroveň komunikace studentek porodních asistentek v souvislosti s umíráním a smrtí či perinatální ztrátou.

Dílčí cíle:

1. zjistit, zda se respondentky cítí být připraveny na konfrontaci se smrtí,
2. zjistit, zda je nutné se zabývat problematikou umírání a smrti v povolání porodní asistentky,
3. zjistit, zda respondentky znají postupy krizové intervence v situaci perinatální ztráty,
4. vytvořit přehlednou brožurku pro komunikaci se ženou při perinatální ztrátě.

Výzkumné otázky

1. Jaká je úroveň komunikace studentek porodních asistentek v situacích perinatální ztráty?
2. Mají studentky porodní asistence či porodní asistentky dostatek informací k problematice umírání a smrti v jejich povolání?
3. Existuje v kruzích porodních asistentek zájem o tuto problematiku?
4. Znají studentky porodní asistence či porodní asistentky postupy krizové intervence v situaci perinatální ztráty?
5. Existuje nějaká brožura či leták věnující se této problematice?

2 Teoretické poznatky

V průběhu dějin lidstva se problematice umírání a smrti věnoval člověk od samého počátku, prvně se jednalo o běžnou péči, postupně s vývojem společnosti se toto téma dostávalo i do vědy, ve století dvacátém vyvrcholilo tabuizování tohoto tématu, aby mohlo začít být znovu objevováno.

2.1 Smrt v průběhu lidských dějin

Pro člověka je typické, že téma umírání a smrti je vždy velmi těsně spjata s filosofií, vírou a náboženstvím, které je pro tu danou dobu aktuální. První známky úcty k zemřelému datujeme do doby ledové (30 000-10 000 let př. n. l.), v této době bylo tělo zemřelého zahrabáváno pod odpadky jídla, jednalo se o primitivní způsob pohřbívání. V době kamenné (10 000-3 000 př. n. l.) byli zemřelí pohřbíváni do komorových hrobů, které měly podobu mohyl (Blumenthal-Barby, 1987).

Významnou starověkou civilizací, která měla velmi propracovaný systém přípravy na posmrtný život, byla staroegyptská civilizace. Tato civilizace věřila v posmrtný život, na který se velmi pečlivě připravovala už během života. Je známo, že panovník již od svého mládí nechal budovat hrobku pro svůj posmrtný život. Hrobky měly původně podobu mastab, které si můžeme představit jako nízký komolý čtyřboký jehlan, v pozdějších generacích se právě z mastab postupně vyvinuly pyramidy. Egyptské hrobky vytvářely hotové nekropole-města mrtvých, do kterých byl ovšem za života panovníka soustředěn život až ¼ obyvatel země, kteří se na výstavbě pyramidového komplexu pro konkrétního vládce podíleli. Tato civilizace věřila, že po smrti člověk žije stejný život jako před ní, ve stejném společenském postavení jako před smrtí. Z tohoto důvodu bylo pro Egyptány důležité zachování těla po smrti. Byl vyvinut dokonalý systém umělé mumifikace, aby tělo bylo co nejlépe a nejdéle uchováno. Dělo se tak vysoušením těla, vyjmutím orgánů, které byly umístěny do nádob zvaných kanopy a uloženy do hrobky společně s tělem, balzamováním a obalením těla do plátěné bandáže. Do hrobky společně s tělem zemřelého bylo ukládáno velké množství předmětů každodenní potřeby, jídlo, pití, ale i domácí mazlíčkové a otroci. Zemřelý dostal s sebou také

Knihu mrtvých, která obsahovala různé rady pro posmrtný život. Pro tuto civilizaci nebyla smrt ničím tragickým, jelikož po ní následoval další život, podle jejich představ blaženější. Nejhorší pro Egypťana bylo, pokud nemohl být pohřben (Blumenthal-Barby, 1987; Kelnarová, 2007).

Mezi další významné starověké civilizace patří civilizace v povodí řek Eufratu a Tigridu. Zde byli zemřelí pohřbíváni do země. Před tím bylo jejich tělo umyto, pomazáno vonnými mastmi a zabaleno do plátna. Stejně jako v egyptské civilizaci, bylo největším neštěstím, pokud člověk nemohl být pohřben. Postupně se zde setkáváme s vytvářením hrobek, jejich funkci prvně plnily jeskyně, později se začínají vytvářet rodinné hroby (Kelnarová, 2007).

Ve starověkém Řecku je smrt chápána jako součást života. Lidé věřili, že věčný život je ve slávě, proto pro ně bylo ctí zemřít v boji nebo pro blaho obce, taková smrt byla považována za velmi záslužnou. Smrt byla chápána jako odchod duše z těla. V antické společnosti se během doby několikrát změnil způsob pohřbívání, ne vždy to však bylo spjato se změnou náboženských představ. Na starších vyobrazeních v hrobech se lidé radují, včetně zemřelého, postupem času se radost ze života mění ve strach ze smrti. I po smrti si člověk zachoval vztahy s lidmi na světě. Zemřelému člověku je pod jazyk vkládána mince, aby měl čím zaplatit převozníku Charónovi za cestu do podsvětí. Ve starověkém Řecku je bohem smrti Thanatos, jeho bratr je bůh spánku Hypnos, jejich matkou je bohyně noci Nyx, z toho je patrná spojitost mezi smrtí a spánkem, představa, že lidé umírají ve spánku v noci. V antické kultuře starověkého Řecka a Říma se cena života odvíjí od sociálního statusu konkrétního jedince. Ve starověkém Římě je rozlišováno mezi smrtí a umíráním, pro umírání se užívá pojem *lethum* a pro smrt *mors*. V antickém Římě byly zakládány velké hřbitovy-*nekropolis*, které byly umístovány za hranice města. Rovněž se zde setkáváme se zakládáním prvních ošetřoven, pro raněné a umírající vojáky to byla veletudinária, otroci byli léčeni v tabernách (Blumenthal-Barby, 1987; Kelnarová, 2007).

Středověk je velmi úzce spjat s křesťanstvím. Smrt je vykoupením hříchů. Bible praví, že Bůh stvořil člověka, Adama a Evu, ti žili v zahradě v Edenu, bylo jim zakázáno jíst ovoce ze stromu poznání dobrého a zlého. Člověk ovšem neodolal pokušení a utrl jablko. Bůh vykázal Adama a Evu ze zahrady v Edenu a řekl Adamovi, že bude pracovat v potu tváře, aby vydobyl ze země obživu, a Evě, že bude v bolestech rodit. Ježíšovo utrpení a smrt je chápáno

jako vykoupení hříchů všech lidí. Ježíš Kristus smrt přemohl svým zmrtvýchvstáním. Křesťanský kříž symbolizuje zničení hříchu čistým životem a vykupitelskou smrtí Krista. Smrt je pro křesťana spojení s Kristem. V této době dochází k zakládání nemocnic, kde je obětavě pečováno o lidi bez rozdílu, protože láska k bližnímu a obětavost jsou pilíři křesťanství. Smrt byla každodenní součástí života, nebyla lidem odcizená (Davies, 2005; Kelnarová, 2007).

V novověké historii postupně dochází k poklesu úmrtnosti, ta se stahuje převážně do dětských let. Za tento pokles vděčí lidstvo pokrokům medicíny, změnám ve způsobu života, bohatší stravě, hygienickým poznatkům. V 19. století je umírání a smrt pořád součástí života rodiny. Takto se z generace na generaci předává model péče o umírajícího v domácím prostředí, děti jsou zvyklé na přítomnost umírajícího a zároveň se tím učí, co dělat v těchto situacích, jak se zachovat. Tím, že se člověk od útlého dětství učil roli doprovázejícího, byl připraven i na roli umírajícího. V naší společnosti je nejvíce zastoupena křesťanská tradice, která zde má hluboké kořeny a s procesy umírání a smrti je úzce spjata. V jednotlivých sociálních vrstvách existovaly hluboké rozdíly, které měly odstranit nemocnice, ve kterých lidé umírali ve stejných podmínkách. V průběhu 20. století tento model převládl a smrt začíná být odstraňována ze všedního života lidí za zdi nemocnic, domovů pro seniory, oddělení pro dlouhodobě nemocné. Člověk umírá sám, často bez respektu jeho individuality a intimity tohoto okamžiku. „*Umírání ztratilo charakter sociálního aktu.*“ (Kelnarová 2007, s. 25). Zdravotničtí pracovníci jsou profesionálové a profesionálně odvedou svou práci v rovině úkonů a praktičnosti, ale porozumění, vlídnost a empatie nemusí být součástí jejich práce a celkově jich samotných. „*Nikdo se nerodí sám a ani by nikdo sám neměl umírat.*“ (Kelnarová, 2007, s. 25). Umírání v nemocnicích by mělo respektovat bio-psycho-socio-spirituální potřeby člověka v těchto chvílích. Proto je nutné, aby se o umírajícího staral tým odborníků od rodinných příslušníků, přes zdravotnické pracovníky, teology, psychology, sociální pracovníky, vše za podpory lékaře. Díky postupnému odstraňování smrti z běžného života začalo docházet k její tabuizaci, teprve od druhé poloviny 20. století dochází postupně k detabuizaci tématu umírání a smrti (Blumenthal-Barby, 1987; Kelnarová, 2007).

2.2 *Filosofie a náboženství k tématu smrti*

Největší světová náboženství a filosofie se přes všechny rozdíly shodují na tom, že duše člověka existuje i po smrti. Každé náboženství má ucelenou představu o tom, co se s člověkem děje po smrti. Pro světovou civilizaci a zejména pro tu naši je východiskem filosofie antická.

2.2.1 Antická řecká a římská filosofie

Smrt je přirozenou součástí života, smrt se svojí povahou neodlišuje ničím od ostatních jevů přírody, je přirozenou součástí cyklu vzniku a zániku. Smrt je součástí kosmického pořádku, nedá se jí vyhnout. Pro lidi je typická jejich smrtelnost na rozdíl od bohů. Smrt je formou oddělení duše od těla. Homér uvádí podvojnost duše. Psyché je ta část duše, která po smrti člověka pobývá v podsvětí, thymos je část duše, která je schopna vnímat, cítit, myslet, pamatovat si, hovořit. Thymos zaniká spolu s tělem. Smrt lze překonat tím, že člověk se stane nesmrtelným svými skutky, nejčastěji hrdinskými. U iónských filosofů ztrácí smrt individuální identitu a je součástí většího celku, tím je věčné a nesmrtelné arché. K dalšímu posunu dochází u sofistů, především u Sokrata, u kterého se objevuje nové chápání duše člověka, pojetí duše v první osobě. Sokrates neví, zda po smrti existuje posmrtný život, ale říká, že smrti není třeba se bát, protože nevíme, zda je dobrá nebo špatná. Sokrates vyzývá k dobrému životu, protože pro dobré není zlo ani za života, ani po smrti. Platón ve svém díle nejvíc čerpá ze Sokratových myšlenek. Platón akceptuje Sokratovo nové pojetí duše, ale převádí ho z první osoby do osoby třetí. Platón chce zjistit, zda je lidská duše psyché nesmrtelná. Filosofie je přípravou na umírání a smrt. Aristoteles považuje smrt za přirozenou součást vzniku a zániku a nevěnuje jí takovou pozornost. Aristoteles dělí smrt na přirozenou a násilnou. Seneca považuje smrt za něco, čeho se není třeba bát, smrt není zlá. Smrt je jistá, proto není třeba se jí obávat, je třeba se obávat věcí nejistých. Na smrt je třeba se připravovat. Podle Seneky je třeba každý den žít tak, jakoby to byl den poslední. U Seneky se setkáváme i se zármutkem a názorem, že je třeba truchlit, ale pouze tak, jak si to žádá cit a ne přetvářka (Čáp, Palenčár, 2012).

2.2.2 Středověká a křesťanská filosofie

Středověké filosofické myšlení mělo svůj základ v náboženské víře. Postupem času byla do této filosofie zakomponována i díla významných antických myslitelů. Všeobecným uvažováním o světě, konečným cílem lidského poznání, veškerým smyslem života je Bůh a život v souladu s ním a s Božím zákonem. Rozdílem mezi antickou a křesťanskou filosofií je její základ. Zatímco antická filosofie vychází ze základu rozumu a logiky, křesťanská filosofie se takovýchto pravidel nedrží, protože připouští, že Bůh stvořil svět z ničeho. Tomu se dá pouze věřit, tím vzniká napětí mezi vírou a rozumem. Křesťanství je prakticko-duchovní záležitostí, morálně-náboženským uměním k vedení dobrého života. Téma umírání a smrti je pro křesťanství inherentní. Jádrem učení je zmrtvýchvstání a vzkříšení Ježíše Krista. Svatý Augustin klade důraz na subjektivní stránku vidění světa. Cesta k poznání světa je cesta poznání Boha a ta jde skrze poznání duše. Myslí tím poznání vlastního nitra, uvnitř člověka je pravda. Říká, že kdo se narodil se smrtelným tělem, nevyhne se smrti, takže život je cestou ke smrti. Jako křesťanský filosof připomíná, že smrt má smysl trestu. Svatý Augustin rozlišuje první smrt, která je smrtí těla, a smrt druhou, která nastává, když duši opustí Bůh. Tomáš Akvinský chápe člověka jako jednotu těla a ducha, smrt je pak zničením této jednoty. Lidská duše má i po oddělení od těla tendenci ke spojení s tělem. Nesmrtelnost chápe jako vzkříšení a zmrtvýchvstání celého člověka (Čáp, Pálenčár, 2012).

2.2.3 Novověká filosofie

Novověká filosofie se navrácí k antickým ideálům. Jedná se o antropocentrismus, kde tedy středem je člověk jako svobodná, tvořivá a pozemská bytost. Nejedná se přímo o odklon od náboženství, ale spíše snaha domyslet některé křesťanské myšlenky. V období humanismu a renesance nejsou myšlenky o smrti v popředí. Michel de Montaigne smrtí pohrdá, otázka nesmrtelnosti duše je pro něj nevýznamná. Shoduje se se Senekou v tom, že kvalita života není určena jeho délkou, ale tím, jak jej člověk prožil. Francis Bacon se věnuje otázce strachu ze smrti. Říká, že smrt je přirozeností života a strach z ní je slabost. Strach ze smrti dokonce u dospělého člověka přirovnává ke strachu ze tmy u dětí. Opět souhlasí se Senekou s tím, že smrt sama o sobě není děsivá, děsivé jsou rituály, které ji doprovází. Dále Bacon uvádí, že strach ze smrti se dá překonat upnutím mysli k něčemu dobrému. Descartes se ve svém díle věnuje otázce o podstatě smrti a nesmrtelnosti lidské duše. Smrt pojímá jako čistě

fyziologický fakt, který spočívá ve vyhasnutí ohně, který ze srdce prostřednictvím „životních duchů“ zabezpečuje činnost jednotlivých orgánů i organismu jako celku. Dle Spinozy je přemýšlení o smrti marněním času, člověk by tedy měl žít bez vědomí smrtelnosti. Ve svém díle se Spinoza dotýká otázky nesmrtnosti duše, říká, že lidská duše není nesmrtná, ale nesmrtný je pouze rozum v ní, který je součástí Boha. Pascal říká, že není nic jistějšího a horšího než smrt, smrt je zahalená tajemstvím, nedá se jí uniknout. Zabývá se také otázkou nesmrtnosti lidské duše, na kterou nestačí rozum, ale je v kompetenci srdce a víry. Kant přes svůj původní dualistický přístup nakonec dospívá k potvrzení nesmrtnosti lidské duše, především z hlediska víry. Schopenhauer se ve svém díle věnuje tématu smrti. Lidské vědomí smrtelnosti považuje za základní zdroj vzniku metafyziky a filosofie, protože člověk o své smrti ví, i když není v jejím ohrožení, jelikož má rozum, to nás odlišuje od zvířat. Právě s vědomím smrtelnosti je spojený strach ze smrti, úzkost z ní. Ve svém díle věnuje velkou pozornost hledání odpovědi na otázku, z čeho strach ze smrti pramení, čeho se vlastně bojíme. Podotýká, že člověka znepokojuje, co s ním bude po smrti, ale už jej neznepokojuje, co bylo před jeho narozením. Přičemž se v obou případech jedná o nebytí, které je stejné před narozením i po smrti, toho před narozením se však nebojíme. Útěchu člověku přináší filosofie a náboženství. Schopenhauer se ve svých myšlenkách uchyluje k palingenezi, jedná se o reinkarnaci vůle, ne rozumu nebo vědomí jako celku. Podle něj zaniká individuum, ale přetrvává druh a vůle v jeho základě se reinkarnuje do dalších individuí, jež mají novou poznávací schopnost, která v další smrti opět zanikne. Dle Nietzscheho je smrt předmětem svobody, je výsledkem vlastního rozhodnutí člověka. Člověk by měl umět zemřít včas. Umírání má být slavností a má v něm hořet lidský duch a ctnost. Nietzsche se velmi zabývá otázkou sebevraždy. Z toho je patrná snaha smrt v jistém smyslu ovládnout (Čáp, Palenčár, 2012).

2.2.4 Filosofie 20. století

Ve 20. století vzrostl zájem o problematiku smrti a vědomí smrtelnosti, bylo to vývojem filosofie, ale i sociokulturní a civilizační přeměny lidstva. Problematika smrti se stala aktuální, především z hlediska historických událostí jako je 1. a 2. světová válka. Filosofické přístupy k tomuto tématu by se daly rozdělit na tři větve, existencialistický, personalistický a analytický. Hlavním problémem se stává nevyhnutelnost smrti, je to specifická charakteristika smrtelnosti. Je kladen rovněž důraz na emocionalitu a postoj

k smrti. Smrt a vědomí smrtelnosti jsou chápány jako složky, které ve společnosti vytváří hodnoty (Čáp, Palenčár, 2012).

2.3 Vymezení pojmů

Na tomto místě se budeme věnovat vymezení základních pojmů, která jsou spojena s tématem umírání a smrti. Při vymezení tématu smrti je předložena pro přehled paleta definic z různých zdrojů, aby bylo patrné, jak se definice mění.

2.3.1 Thanatologie

Thanatologie jako vědní obor stojí na pomezí několika dalších věd, dotýká se nebo čerpá z filosofie, psychologie, teologie, medicíny, sociologie. Thanatologie není sama o sobě vyučována jako samostatný předmět. Tento vědní obor vznikl v USA. O zpopularizování tématu umírání a smrti se velmi zasloužili Raymond A. Moody a Elisabeth Kübler-Rossová.

„Obor lékařské psychologie zabývající se etickými problémy spojenými se smrtí, otázkami důstojného a bezbolestného umírání, poskytováním duchovní útěchy umírajícím, právními aspekty, jakož i filosofickými a teologickými aspekty lidské smrti, duše. S tím souvisejí etické otázky pitvy a získávání orgánů zemřelých lidí pro transplantace.“ (Nové universum, 2003, s. 1140).

2.3.2 Smrt

Smrt je zastavení životních funkcí, je spojené s nevratnými změnami, které znemožňují jejich obnovení. Vznik smrti je umožněn životem a život je umožňován smrtí. Dále je vhodné vysvětlit pojem klinická smrt, kdy se jedná o zastavení životních funkcí, které se dá vhodným zásahem zvrátit (Haškovcová, 2007).

„Smrt, konec, zánik života, stav, kdy u člověka dochází k nevratným změnám mozku, při nichž nastane selhání funkce a zánik center řídících krevní oběh a dýchání.“ (Ottova encyklopedie, 2010, s. 924).

„Smrt nemůžeme uspokojivě definovat, protože by to znamenalo definovat život; zbývá jen ona cesta dívání se na smrt. Ale smrt sama nám nic nepoví, a to ať si vyvolí jakoukoli podobu, zůstává skryta a nedovede o sobě nic jiného říci, než že život skončil.“ (Haškovcová, 1975, s. 33).

V dnešní době je velmi důležitým pojmem mozková smrt, tou se rozumí nevratné vymizení funkcí celého mozku. Legislativa České republiky definuje smrt v transplantačním zákoně 285/2002 Sb. § 2, písmeno e): „*Pro účely tohoto zákona se rozumí smrtí nevratná ztráta funkce mozku, včetně mozkového kmene.*“ (Zákon o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon) 285/2002 Sb.). § 10, odstavec 3 tohoto zákona určuje: „*Smrt se zjišťuje prokázáním a) nevratné zástavy krevního oběhu, b) nevratné ztráty funkce celého mozku, včetně mozkového kmene v případech, kdy jsou funkce dýchání nebo krevního oběhu udržovány uměle (dále jen „smrt mozku“).*“ (Zákon o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon) 285/2002 Sb.).

2.3.3 Potrat, porod mrtvého plodu

„Plodem po potratu se rozumí plod, který po úplném vypuzení nebo vynětí z těla matčina neprojevuje ani jednu ze známek života a současně je jeho porodní hmotnost nižší než 500 g, a pokud ji nelze zjistit, jestliže je těhotenství kratší než 22 týdnů.“ (Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) 372/2011).

Jelikož nynější legislativa nedefinuje porod mrtvého plodu, jak tomu bylo v dřívější době, lze toto vyvodit z definice potratu. Porodem mrtvého plodu se tedy rozumí narození plodu s porodní hmotností vyšší než 500 g, který nejeví známky života. Dřívější definice § 3 Vyhlášky 11/1988 o povinném hlášení ukončení těhotenství, úmrtí dítěte a úmrtí matky uváděl: „*Narozením mrtvého dítěte se rozumí úplné vypuzení nebo vynětí z těla matčina, jestliže plod neprojevuje ani jednu ze známek života a má porodní hmotnost 1000 g a vyšší.*“ (Vyhláška České socialistické republiky o povinném hlášení ukončení těhotenství, úmrtí dítěte a úmrtí matky 11/1988). Tato vyhláška byla zrušena dnem 1. 4. 2012, od tohoto data vstoupil v účinnost zákon o zdravotních službách.

2.3.4 Umírání

„Umírání nikdy nesmí být synonymem pro utrpení. Dneska už medicína pokročila natolik, že bolesti nemusí trpět téměř nikdo. Jestliže své umírající můžete uchránit od bolesti, zajistit jim pečlivé a starostlivé ošetřování a jestliže dokonce máte odvahu vzít si je k sobě

domů-to všechno, samozřejmě, jen pokud to jde-pak si žádný z nich nikdy neřekne o nějakou „milosrdnou“ injekci.“ (Kübler-Rossová, 1992, s. 11).

Umírání je životní fáze, která končí smrtí. Umírání je završeno až tehdy, kdy odumře poslední buňka, hovoříme o absolutní smrti. Z psychologického hlediska je fáze umírání ukončena již v době, kdy vymizí vědomí člověka, hovoříme o psychické smrti. Umírání začíná ustáváním životně důležitých funkcí organismu (Blumenthal-Barby, 1987).

„Pojem umírání je v lékařské terminologii skutečně synonymem terminálního stavu. Definice terminálního stavu uvádí, že dochází k postupnému a nevratnému selhávání důležitých, vitálních funkcí tkání a orgánů, jehož důsledkem je zánik individua, tj. smrt (mors). Terminální stav můžeme chápat jako vlastní umírání. Pojem umírání však ale v žádném případě nemůžeme redukovat pouze na terminální stav.“ (Haškovcová, 2002, s. 204).

Umírání lze rozdělit do několika stádií, kterými prochází umírající i jeho okolí. Dle Elisabeth Kübler-Rossové je těchto stádií pět:

1. popírání a izolace
2. zlost, agrese
3. smlouvání
4. deprese
5. akceptace

V prvním stádiu je typické, že pacient popírá sdělenou diagnózu. Člověk je přesvědčen, že se musí jednat o omyl, že jeho se taková diagnóza nemůže týkat. *„Odmítání, popírání reality funguje jako jakýsi nárazník, jenž tlumí účinky nenadálé a šokující zprávy, dovoluje pacientovi trochu se sebrat a, s postupem času, také zmobilizovat v sobě jiné, méně radikální obranné strategie.“ (Kübler-Rossová, 1993, s. 36).* Je velmi důležité kdo a jak pacientovi sdělí tuto informaci. Protože pokud například lékař chce mít tuto situaci co nejrychleji za sebou, je to pro pacienta mnohem hůře snesitelnější, nastává i hlubší šok a izolace. Pro pacienta je tedy velmi důležité, aby ten, kdo mu tak závažnou věc sděluje, byl sám uvnitř sebe vyrovnaný, zaujal stanovisko ke smrti, neméně důležité je místo a okolnosti,

kde k předání takové informace dojde. Pacient by měl vždy mít dostatek prostoru se na vše zeptat, po celou dobu (Kübler-Rossová, 1993).

Ve druhém stádiu na člověka doléhají otázky: „Proč zrovna já?“ Pocity vzteku a zlosti se obrací k celému pacientovu okolí. *„Zatímco prvé stádium, stádium popírání, jsou lidé v okolí nemocného schopni přijímat a tolerovat v podstatě bez problémů, pro stádium zlosti nachází pacientova rodina a zdravotnický personál porozumění jen obtížně.“* (Kübler-Rossová, 1993, s. 45). Nejčastějším terčem pacientových zlostí jsou zdravotní sestry a rodina, která ho navštěvuje. *„Rodinu, přicházející na návštěvu, přijímá pacient v neradostné a nepřítulné náladě a s malou vírou v budoucnost, což z takového setkání činí oboustranně bolestnou událost. Příbuzní reagují buď smutkem a slzami, pocity provinění či studu, anebo prostě odmítnou chodit na další návštěvy-obojí jen umocňuje pacientovu nespokojenost a zlobu.“* (Kübler-Rossová, 1993, s. 46). V tomto období musí pacient vědět, že svému okolí není lhostejný. Velký problém je, že ne každý se vcítí do pacientova stavu, takový člověk potom absolutně nechápe, kde se v pacientovi zlost bere a proč jedná tak nepěkně s každým ve svém okolí. Ta zlost se dá pochopit, všude kolem pacienta je tolik života, lidí plných života, kteří si mohou užívat, jen pro něj je nachystán konec. Je nadmíru důležité projevat pacientovi respekt, úctu a pochopení. *„Tragédií je, že o příčinách zlosti našich pacientů nepřemýšlíme vůbec, anebo jen málo, a jejich zlobné výpady bereme osobně, ačkoli-alespoň zpočátku-nemá taková zloba nic společného s lidmi, proti kterým se obrací. Když zdravotnický personál nebo rodina reagují vztahovačně a se vzrůstající zlostí ze své strany, jenom tím přispívají k nepřátelskému chování nemocného. Mohou se takovým pacientům vyhýbat, mohou zkracovat návštěvy a nezbytná setkání s nemocnými na minimum nebo se pouštět do zbytečných argumentací na obranu vlastního postoje, aniž vědí, že takový postup je zcela irelevantní.“* (Kübler-Rossová, 1993, s. 46-47).

Stádium třetí zpravidla trvá nejkratší dobu. *„Jestliže jsme zprvu nedokázali čelit skličujícím faktům, a později, ve druhé fázi, jsme byli rozezleni na lidi i na Boha, třeba se nám podaří docílit jakési dohody, jež by onu nevyhnutelnou událost pomohla alespoň oddálit.“* (Kübler-Rossová, 1993, s. 74). Pacient uvnitř sebe uzavírá smlouvu s vyšší mocí. Představuje si či prosí, že za dobré chování bude odměněn, nejčastěji si pacient přeje být bez bolesti, obtíží nebo prodloužení života, aby stihl ještě něco, o čem sní. Pacient sám sobě slibuje, že nebude žádat víc, pokud mu bude vyhověno. Časté je, že lidé slibují, že zasvětit svůj život církvi nebo že věnují své tělo vědě. Velmi často se pacient svěří spíše duchovnímu než

zdravotnickému personálu, i právě proto je velmi důležitá interdisciplinární péče. (Kübler-Rossová, 1993).

Pro čtvrté stádium je typická deprese. Nevyvolává ji pouze nemoc sama o sobě, ale i vše, co s sebou nese, jedná se o změněnou sociální roli, přerušeni či ztrátu zaměstnání. Depresi vyvolává i to, že člověk cítí, že už nemůže zabezpečovat svou rodinu, dlouhodobé léčení a celkově jiný styl života, který byl v podstatě násilně změněn. *„Na co však často spíše zapomínáme, a co máme tendenci opomíjet, to je jakýsi hluboký „přípravný“ smutek, který musí nevyčísitelně nemocný člověk prožít, aby se připravil na konečné rozloučení s tímto světem. Kdybych se měla pokusit tyto dva druhy depresí nějak odlišit, označila bych první jako reakční depresi a druhou jako depresi přípravnou. Každý z obou druhů je úplně jiné povahy a ke každému bychom měli přistupovat jiným způsobem.“* (Kübler-Rossová, 1993, s. 78). Člověk má tendenci druhého, který je smutný, nějak rozveselit, povzbudit, snažit se mu nastínit lepší stránky věcí, je velmi důležité, aby si každý uvědomil, že ne vždy je to možné nebo vhodné. Když se umírající loučí se světem, nemůžeme ho nutit, aby se veselil. Měli bychom respektovat jeho stav. Pokud je tomu pacient nakloněn, je vhodné pokusit s ním navázat kontakt, umožnit mu vyjádřit jeho pocity. V tomto stádiu pacient potřebuje, aby s ním někdo tiše poseděl, pohladil ho po ruce, hlavně, aby mu nebyly vylouvány jeho smutné pocity. Z toho důvodu je důležité, aby všechna stadia umírání znal nejen zdravotnický personál, ale i jeho rodina. Protože jednotlivými fázemi neprochází pouze pacient sám, ale i jeho rodina. Ideální je, aby se pacient i rodina nacházeli ve stejné fázi. *„A právě rozpor mezi přáním pacienta smířeného se světem a připraveného přijmout vlastní konec a očekáváním a přáním jeho blízkých způsobuje nemocnému největší bolest a nepokoj v duši.“* (Kübler-Rossová, 1993, s. 78-80).

V posledním pátém stadiu dochází pacient smíření, pokud tedy nehovoříme o náhlém úmrtí. Tohoto stadia dosáhnou pacienti, kteří prožili a zvládli všechny předchozí stadia. Pacient je smířen se svým osudem. U těchto pacientů pozorujeme únavu a zesláblost, prodlužuje se celková doba spánku během dne. V podstatě zde můžeme pozorovat stejný stav jako u novorozenců, ale obrácený. Pacient nestojí o verbální kontakt, vhodnější je pro něj přítomnost, blízkost osoby, dotek. *„Akceptace by neměla být chybně považována za šťastné stádium-je to téměř ztráta vědomí. Je to, jako když bolest odejde, boj je dobojován, a přijde čas na „poslední odpočinek před dlouhou cestou“, jak to vyjádřil jeden pacient. Je to také období, kdy rodina obvykle potřebuje více pomoci, porozumění a podpory, než sám pacient.“*

Když umírající dojde vnitřního míru a akceptace, okruh jeho zájmů se zúží.“ (Kübler-Rossová, 1993, s. 99-100).

S pojmem umírání je nutné zmínit dvě formy péče o umírající. Jedná se o paliativní péči a hospicové hnutí. Paliativní péče je profesionální, holistická a interdisciplinární forma péče o umírající. Paliativní péče usiluje o zachování kvality života každého člověka. Je to léčba pro pacienty, kteří nereagují na kurativní typ léčby. Tuto péči mohou poskytovat zařízení, které nazýváme hospice. Hospicová péče poskytuje paliativní péči v plné formě, doprovází umírajícího i jeho rodinu. Paliativní péče, a tím pádem i hospicová péče si kladou za cíl tišení bolesti a zachování důstojnosti člověka. Dnes se rovněž setkáváme s hospicovou péčí, která je poskytována přímo do domu klienta, jedná se o domácí hospicová hnutí (Haškovcová, 2007; Kelnarová, 2007).

„Podle definice Rady Evropy je paliativní péče aktivní, na kvalitu života orientovaná péče poskytovaná nemocným, kteří trpí nevyлéčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stádiu. Jejím cílem není primárně vyléčení pacienta či prodloužení jeho života, ale prevence a zmírnění bolesti a dalších tělesných a duševních strádání, zachování pacientovy důstojnosti a podpora jeho blízkých.“ (Špinka, Špinková, 2006, s. 32).

V zahraničí je možné se setkat s programy paliativní péče orientované na novorozenecké a dětské období. Jedná se o komplexní a rozsáhlou péči o dítě, jehož zdravotní stav se nebude zlepšovat. Paliativní péče v této formě je určena nejen dítěti, ale i jeho rodině. Paliativní péče může být kombinována s léčbou kurativní, později může být poskytována samostatně. Tato forma péče slouží ke zmírnění utrpení dětí a ke zlepšení podmínek umírání dětí od nejčasnějších fází života. Jedná se o týmový přístup ke zmírnění fyzického, psychického, sociálního, emocionálního a duchovního utrpení umírajícího dítěte a jeho rodiny (Journal of Perinatology, 2002).

2.3.5 Euthanasie

Význam tohoto slova by se dal doslovně přeložit jako „dobrá smrt“. V antickém Řecku byla za takovouto dobrou smrt označována smrt, která přišla bez bolesti ve spánku. Dnes je to usmrcení člověka na jeho vlastní přání. V legislativě České republiky je nezákonná, v našem právním řádu je považována za trestný čin vraždy. Toto téma je považováno za právní a etický problém.

„Důležité je mít na paměti, že euthanasii se dnes běžně nerozumí jakékoli usmrcení člověka na jeho žádost, ale výlučně usmrcení lékařem. Úzká vazba mezi euthanasii a lékařstvím je na jedné straně pochopitelná, na druhé straně však velmi problematičtá a svým způsobem i nebezpečná.“ Jde o to, že v zemích, kde je euthanasie povolena ji smí provést pouze lékař, pokud by ji provedl nelékařský zdravotnický pracovník na žádost člověka, byl by trestně stíhán (Špinka, Špinková, 2006, s. 15-16).

Euthanasie se dělí na několik druhů. První z nich je aktivní euthanasie (active voluntary euthanasia=AVE), tento druh euthanasie vykonává lékař na vlastní svobodno žádost pacienta, který trpí nevyлéčitelnou nemocí. „Vzhledem k důrazu na aktivní roli lékaře bývá někdy tato forma eutanázie nazývaná strategií přeplněné stříkačky.“ (Haškovcová, 2007, s. 120).

Dalším typem euthanasie je euthanasie nevyžádaná, je to v podstatě druh aktivní euthanasie, kdy pacient není schopen vyjádřit jasný souhlas, ale předpokládá se, že pokud by mohl, přál by si euthanasii. „Jedná se tedy o eutanázii nevyžádanou, ale v zásadě chtěnou. Variantou je pak eutanázie nejen nevyžádaná, ale i nechtěná. Protože ani v prvním, ani v druhém případě nelze validně doložit, zda si eutanázii dotyčný člověk přál, případně nepřál, hovoří se o eutanázii nedobrovolné.“ (Haškovcová, 2007, s. 120).

Pasivní euthanasie je typ, při němž se jedná se o přerušení léčby, odejmutí léčebných postupů, jež udržují pacienta při životě. Tento typ bývá označován jako strategie odkloněné stříkačky. „Vzhledem k tomu, že stále častěji dochází k tzv. dystanázii (zadržené smrti), a to u nevyлéčitelně nemocných léčených konvenčním způsobem, bývá pasivní eutanázie vnímána jako korelát práva na tzv. přirozenou smrt. Prakticky se však jedná o nebránění vstupu smrti. Právo na tzv. přirozenou smrt by perspektivně mohlo být naplňováno buď se souhlasem nemocného, nebo i bez něj. Klíčovým problémem je systém kritérií, který by umožnil »přirozenou smrt« a zabránil zneužití, nebo jinými slovy řečeno, na jehož základě by bylo možné určit, že každá další léčba bude marná.“ Pokud je pacient při životě udržován napojením na řadu přístrojů, potom při odpojení těchto přístrojů přichází smrt, pro tento stav se používá termín orthothanasie (Haškovcová, 2007, s. 120-121).

Poněkud odlišnou formou euthanasie je asistovaná sebevražda. Nevyлéčitelně nemocný a trpící pacient si přeje zemřít a žádá lékaře o návod, radu, jak provést ukončení života. Samotný akt tedy nevykonává lékař jako u aktivní euthanasie, ale pacient sám.

V neposlední řadě je nutné zmínit termín prenatální euthanasie, tímto termínem je myšlena interrupce ze sociálních důvodů. Tato problematika dělí odborníky na dvě skupiny. Jedni zcela odmítají spojovat termín euthanasie s interrupcemi, jelikož nenarozené dítě samo smrt nežádá, netrpí bolestmi, druzí záměrně chtějí, aby u pojmu interrupce byla zmiňována euthanasie, aby společnost hlouběji přemýšlela o této problematice (Haškovcová, 2007).

Setkáváme se s dělením euthanasie na přímou a nepřímou. „*V případě přímé euthanasie je uspišení či navození smrti druhého člověka hlavním cílem tohoto jednání; „nepřímé euthanasie“ je smrt či její uspišení pouze vedlejším, primárně nezamýšleným možným důsledkem jednání, jehož základním cílem je například zbavit nemocného bolesti či jiného utrpení.*“ (Špinka, Špinková, 2006, s. 12).

Velmi diskutabilním tématem je euthanasie u novorozenců, jež je umožněna v Nizozemí, její podmínky jsou zakotveny v tzv. Groningenském protokolu z roku 2004. „*Protokol obsahuje pět podmínek: novorozené dítě musí velmi trpět, není naděje, že mu pomohou léky nebo operace, rodiče musí se zamýšleným ukončením jeho života souhlasit a postup musí schválit ještě nezávislí lékaři. Ukončení života musí být provedeno »šetrně«.* Podle dostupných pramenů se v Nizozemí provede ročně 10-15 případů eutanázie u novorozenců.“ (Haškovcová, 2007, s. 128).

„*Legislativy jednotlivých států světa přistupují k otázce eutanázie různě: buď ji nezmiňují, nebo ji zakazují, popřípadě umožňují pasivní eutanázii nebo povolují asistovanou sebevraždu. Ta bývá prakticky posuzována podle skutkové podstaty hodné zvláštního zřetele. Výsledkem je velmi nízký trest nebo beztrestnost. V současné době je možné legálním způsobem ukončit svůj život na vlastní přání v Nizozemí a Belgii, dále pak v USA ve státě Oregon. Specifickou možnost požádat o svou vlastní smrt nabízí v poslední době Švýcarsko. V řadě zemí je tolerována pasivní eutanázie nebo asistovaná sebevražda.*“ (Haškovcová, 2007, s. 126).

V České republice se v právním řádu vyskytuje pojem dříve vyslovené přání. Tímto přáním se řídí lékař v případě, že pacient není schopný vyjádřit souhlas či nesouhlas s poskytováním konkrétní služby. Toto dříve vyslovené přání musí být písemné, provedené za přítomnosti lékaře a svědka, jeho časová platnost je 5 let. Dříve vysloveným přáním se nelze řídit, pokud by vedlo k aktivně způsobené smrti (Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) 372/2011, § 36).

Ve společnosti je patrná snaha o legalizaci euthanasie, toto téma je velmi diskutované nejen mezi odborníky, ale i u laické veřejnosti. *„Hlavní problém skrývající se za narůstající ochotou naší společnosti legalizovat euthanasii tkví patrně v tom, že si nevíme rady s naší konečností a smrtelností, že nedovedeme přáním, prosbám a potřebám trpících a umírajících naslouchat a dobře porozumět, že jim nedovedeme pomoci tak, abychom jejich utrpení odstranili, zmírnili či proměnili. Sami se totiž utrpení a bolesti bojíme, nevíme si rady. Smrt jsme vyhnali ze svého života, ale ona na jeho konci přece stojí a my jsme tím zaskočení.“* (Špinka, Špinková, 2006, s. 24).

2.4 Vzdělávání v oblasti thanatologie

Thanatologie jako obor není samostatně vyučována. V našem školství její výuka velmi chybí. „*Jaká je výchova a vzdělávání lékařů a sester v této souvislosti? Zatímco je biologie jako vyučovací předmět přiměřeně zastoupena již na základních školách, chybí thanatologie ve zdělávání prakticky vůbec.*“ (Blumenthal-Barby, 1987, s. 19). Tato situace se příliš nezměnila, jelikož na stejný fakt poukazuje profesorka Haškovcová o dvacet let později (Haškovcová, 2007).

Stále více se jako nutné jeví zahrnout výuku thanatologie do učebních plánů středních zdravotnických škol, vysokoškolských zdravotnických oborů a medicíny. Studenti by měli být seznámeni s tématem smrti, filosofie a náboženství umírání a smrti, s procesem umírání, s paliativní medicínou, hospicovou péčí, s tématem euthanasie a vše, co se k těmto tématům pojí, jako například truchlení, zármutek, žal. Nelze toto všechno vyučovat pouze teoreticky, ale velmi cenné by bylo zahrnout tyto témata mnohem více do praxe jednotlivých zdravotnických oborů a medicíny (Haškovcová, 2007).

V období 18-25 let dochází u člověka k negligaci smrti, jejímu vytěsnění. Naneštěstí právě toto období spadá do vysokoškolských studií bakalářských zdravotnických oborů a medicíny. Právě v tomto období se můžeme setkat s mladými zdravotnickými pracovníky, kteří pečují či léčí člověka, ale velmi neosobně, protože jich samotných se smrt „netýká“. „*Péče o pacienta však musí být osobní.*“ Velmi často se u zdravotníků setkáváme s chorobným strachem ze smrti, tedy s thanatofobií. Zdravotníci mají i strach o smrti mluvit, z toho potom pramení jejich přístup a postoj k nemocným, které nedokážou adekvátně podpořit či utěšit. Ze všech jmenovaných důvodů je patrné, že je velmi nutné zahrnout tyto témata do výuky a komunikovat o nich a naučit komunikovat studenty (Haškovcová, 2007, s. 180).

2.4.1 Výuka zážitkové psychologie na téma smrt

Pro snazší uchopitelnost tématu umírání a smrti lze použít techniky konfrontace se smrtí. Je jich několik a liší se svou náročností. Začneme těmi jednoduššími. **Smrt Ivana Iljiče** je technika, kdy jsou studenti vyzváni k četbě novely, kde je pacientovi sděleno, že je nemocný, ale je zamlčeno, jak vážně, že umírá. Po tom, co studenti přečtou daný text, jsou

vyzváni ke společné diskuzi nad ním. Učitel by zde měl plnit funkci moderátora diskuze. Velmi zajímavou a časově také méně náročnou je **Nárys životní linie**. Studenti jsou vyzváni, aby na papír nakreslili přímku a na ní vyznačili své narození, potom mají vyznačit životní události, které považují za důležité. Po tomto jsou studenti vyzváni, aby na přímce vyznačili svou smrt a následně události, které by chtěli do konce svého života zvládnout, učinit. Ke každému bodu si může student udělat poznámku a na konci hodiny ji zmínit. Toto cvičení má přimět studenty k zamyšlení nad konečností života, jeho smyslem a nad sebou samým a cíli, které si student vymezuje. Metoda her spočívá v tom, že si studenti zvolí 2 spolužáky, kteří budou hrát, jeden z nich bude mít roli lékaře a druhý nevyléčitelně nemocného. Detaily scénáře určuje vyučující. Studenti potom předvedou rozhovor mezi lékařem a umírajícím člověkem, kdy například umírající žádá o euthanasii. Ostatní jsou vyzváni, aby doplňovaly případné argumenty. Tato metoda je výhodná v tom, že téma hry se může měnit. Důležitá je zde ovšem role vedoucího či učitele, který celou hru řídí. Téma hry mohou studenti navrhnout sami, například z praxe, s čím se sami setkali. **Metoda konfrontace se smrtí I** probíhá tak, že studenti se usadí vedle sebe na židle umístěné do kruhu. Proběhne společná relaxace, třeba puštěním příjemné hudby. Učitel po ní vyzve jednoho, aby místnost opustil a na znamení „trvalého“ odchodu otočil židli z kruhu ven. Zbylí studenti prožívají ztrátu osoby. Takto se to opakuje až do chvíle, kdy zůstane na poslední židli jeden student. Toto cvičení ukazuje, že člověk během života ztrácí své blízké a nakonec zůstává sám. **Metoda konfrontace se smrtí II** je velmi podobná Metodě konfrontace se smrtí I, společné je posezení v kruhu a prvotní relaxace. Po úvodní relaxaci učitel vyzve studenty k představě ztráty blízkého člověka, po chvíli k představě ztráty nejbližších lidí a po delší chvíli k představě vlastní smrti. Studenti mají za úkol zamyslet se a pokusit se představit si, jak by se jednotlivé situace mohly odehrát, včetně toho, že si mají představit vlastní pohřeb a dobu po něm, kdy se blízcí vzpomínají na jeho ztrátu. Po všech těchto představách jsou studenti vyzváni k tomu, aby sdělili ostatním své pocity. Učitel dbá na to, aby všichni účastníci došli návratu z představ do přítomnosti. **Metoda nekrologu** spočívá v tom, že student si má představit, že blízký člověk byl vyzván, aby o něm napsal nekrolog. Student se má vžít do jeho role a napsat vlastní nekrolog včetně například detailu toho, co si přeje na pohřbu. Přínos této techniky tkví v tom, že si studenti uvědomí svou konečnost a vlastní cenu pro sebe i pro své okolí. Případně si studenti uvědomí, co by chtěli pro druhé znamenat. Sepsaný nekrolog si na konci vyučující nevybírání, ale ponechán studentům, kteří si jej mohou uschovat, někteří však raději nekrolog zničí a vyhodí. Poslední technikou konfrontace se smrtí a zároveň nejnáročnější je **Technika „mít a být“**. Je

učena pro menší počet zúčastněných (10-12). Studenti sedí pohodlně na židli, každý od učitele dostane osm lístečků, na které má poznamenat osm věcí, které má rád, nerad by byl bez nich a mají pro něj hodnotu. Po sepsání těchto věcí dostávají studenti dostatek času o nich přemýšlet. Po této době přemýšlení jsou studenti vyzváni k dalšímu úkolu, mají seřadit věci od nejcennější k nejméně cenné a lístečky označit čísly tak, že ten číslem jedna označuje nejcennější věc. Po označení lístků si je každý seřadí tak, že úplně vespod má lístek s nejcennější věcí s číslem jedna, nejvíce nvrchu tedy lístek s číslem osm. Učitel či vedoucí promlouvá a říká, aby si každý představil, že tuto danou věc už nikdy nebude moci použít, student si to představí a zahodí lísteček, který má nejvíce nahoře. Toto pokračuje i s ostatními lístky, až student nemá v ruce skutečně nic. Důraz je kladen na charakteristické odhození lístečku, je zde využito symboliky pádu k zemi jako loučení. V druhé polovině tohoto náročného cvičení zcela analogicky je na osm lístečků každým studentem sepsáno jeho osm nejcennějších činností a vztahů, bez kterých si nedovede svůj život představit. Každý student tedy prožívá ztrátu v kategorii „mít“ i „být“. Toto cvičení je psychicky velmi náročné, protože student může být zcela šokován ohromnými ztrátami, i když si je pouze představuje (Haškovcová, 2007).

2.5 Umírání a smrt v práci porodní asistentky

Obor porodní asistence není primárně spojován se smrtí a umíráním. Nutné je uvědomit si, že ovšem v každém zdravotnickém odvětví ke konfrontaci s tímto tématem dochází. Již při studiu porodní asistence jsou studentky vystaveny setkání s realitou, kdy je smrt nebo umírání téměř každodenní záležitostí, ať již máme na mysli potrat, umělé přerušování těhotenství, porod mrtvého plodu či narození dítěte s těžkou vrozenou vývojovou vadou, nebo na odděleních, kde je poskytována péče onkologicky nemocným ženám.

Mezi významné statistické ukazatele patří perinatální a mateřská mortalita. Perinatální mortalita obsahuje dvě složky, těmi jsou mrtvorozenost a časná novorozenecká úmrtnost. Mrtvorozenost do sebe zahrnuje dvě složky, antepartální intrauterinní úmrtí a intrapartální intrauterinní úmrtí. Časná novorozenecká úmrtnost je vymezena úmrtím živě narozeného novorozence do sedmého dne života. Pro přesnou definici perinatální úmrtnosti je nutné vymezit perinatální období. Perinatální období je vymezeno ukončeným 22. týdnem těhotenství a ukončeným 7. dnem po porodu. Vymezení tohoto období se v různých zemích liší. Stanovení počátku perinatálního období je důležité z hlediska určení hranice mezi potratem a porodem. Hranicí mezi mrtvě narozeným a živě narozeným je přítomnost alespoň jedné známky života, to jsou dechové pohyby, pulzace pupečníku, srdeční akce, aktivní pohyb. Mezi nejčastější příčiny perinatální mortality řadíme vrozené vývojové vady, mezi antepartální příčiny řadíme poruchy fetoplacentární jednotky, poruchy pupečníku, intraokulární infekce či závažné stavy matky. Mezi intrapartální příčiny patří především intrapartální asfyxie. Nejčastější příčiny časných novorozeneckých úmrtí jsou důsledky perinatální hypoxie, infekční komplikace a komplikace z důvodu předčasného porodu (Čech, Hájek, Maršál, Srp, 2006).

V České republice je mateřská mortalita definována jako úmrtí ženy v souvislosti s těhotenstvím, porodem a šestinedělím do 42 dnů po porodu. Mateřskou mortalitu můžeme rozdělit na celkovou, přímou, nepřímou a nahodilou. Celková mateřská mortalita zahrnuje všechna úmrtí těhotných žen do 42 dnů po porodu, přímá mateřská mortalita zahrnuje úmrtí těhotných žen na onemocnění, které přímo souvisí s těhotenstvím, nepřímá mateřská mortalita zahrnuje úmrtí těhotných žen na onemocnění s neporodnickými diagnózami, ale průběh nemoci byl těhotenstvím ovlivněn, nahodilá mateřská mortalita zahrnuje úmrtí těhotných žen,

keré nebylo těhotenstvím nijak ovlivněno. Mezi nejčastější příčiny mateřské úmrtnosti řadíme porodnické krvácení, embolie, kardiovaskulární komplikace. Velmi důležitá je prevence a informovanost žen v průběhu těhotenství. „*Znalost systému prenatální péče a jeho široká dostupnost a schopnost řešit akutní stavy v těhotenství jsou nezbytným základem.*“ (Čech, Hájek, Maršál, Srp, 2006, s. 379).

V povolání porodní asistentky je stav typický pouze pro tuto práci, jedná se o syndrom mrtvého plodu. „*O syndromu mluvíme proto, že při zjištění mrtvého plodu a jeho porodu mohou nastat komplikace, které závažně ohrožují zdravotní stav i život matky.*“ Až v polovině případů se nepodaří s jistotou prokázat příčinu. Příčiny můžeme rozdělit na tři části, ze strany matky, ze strany plodu a ze strany pupečníku či placenty. Díky pokroku vědy se podařilo snížit úmrtí z důvodů Rh-izoimunizace, placentární insuficience, velký přínos má také monitorování plodu v průběhu porodu. Nicméně mezi významné příčiny dále řadíme chromozomální aberace, kongenitální malformace, infekce, HELLP syndrom, diabetes mellitus, placenta praevia, abrupce placenty, strangulace pupečníku, insuficience placenty. Diagnostika vychází ze subjektivních známek, které žena vnímá, je to například změněná intenzita pohybů plodu či jejich úplné vymizení, výtok či krvácení z rodidel, děložní kontrakce, subfebrilie. Objektivní diagnózu provádí lékař pomocí ultrazvuku po tom, co se porodní asistentce nepodařilo ani stetoskopem či kardiokografem zachytit ozvy plodu. Ultrazvukem se potvrdí asystolie a dilatace srdce. Mezi nejzávažnější rizika spojená se syndromem mrtvého plodu řadíme diseminovanou intravaskulární koagulopatii, při této komplikaci dojde k vyplavení tkáňového faktoru do oběhu matky, čímž se aktivuje plazmatický koagulační systém. K této komplikaci může dojít kdykoli v průběhu těhotenství, například i při zamlklém potratu. Další neméně závažnou komplikací je intraokulární infekce a rozvoj sepse, v neposlední řadě zmiňme i vlastní rizika při onemocnění těhotné ženy. Po potvrzené diagnóze syndromu mrtvého plodu musí být žena neprodleně hospitalizována, pokud se již vyskytují některé komplikace, je vhodné hospitalizovat ji v perinatálním centru. O tomto stavu informuje lékař nejen ženu, ale i její nejbližší příbuzné, manžela. Nejčastěji dochází k preindukci či indukci porodu, tento porod může vést porodní asistentka. K indukci porodu se přistupuje po předchozí miniheparinizaci a antibiotické profylaxii. U porodu mrtvých plodů je vhodné vést je co nejšetněji s maximálním využitím analgetických prostředků. Velmi často využíváme peridurální analgezie. Porod mrtvého plodu císařským řezem je volen pouze ve velmi závažných situacích. Můžeme se rovněž setkat s úmrtím

jednoho plodu u vícečetné gravidity, postup je individuální. Větší riziko úmrtí i pro druhý plod je u monozygotních dvojčat, proto se volí cesta císařského řezu na živé dvojče, u dizygotních dvojčat lze volit konzervativní postup za pečlivého sledování, při jakékoli známce nitroděložní tísně je volen císařský řez. K porodu mrtvého plodu je volán pediatr k ohledání plodu. Plod včetně placenty je odeslán na patologickoanatomickou pitvu, může být vyžádána i pitva soudní (Čech, Hájek, Maršál, Srp, 2006, s. 355).

Velmi významná je role porodní asistentky během porodu mrtvého plodu. Žena, která se celé těhotenství těšila na miminko, je v naprostém šoku, zcela zdcena krutým faktem. Je velmi náročné vést takovýto porod. Nikdy by žena neměla ze strany porodní asistentky či ostatních zdravotníků slyšet nevhodná slova o tom, že si může pořídit ještě jiné děti, nebo že doma už přece dítě má, kterými se ji mohou snažit zcela nemístně utěšit. Právě pro tyto vypjaté chvíle je velmi důležité, aby porodní asistentka měla sama uvnitř sebe zaujatý postoj k tomuto tématu, k umírání a smrti obecně, aby měla šanci být ženě oporou. Je možné, aby u porodu měla žena blízkého člověka, je ovšem možné, že pokud manžel plánoval u porodu být, u této diagnózy to odmítne, nemusí to být však nic jiného než reakce v šoku, proto je vhodné, je-li manžel při hospitalizaci přítomen, zkusit s ním promluvit. I přesto, že si rodička či oba manželé či partneři nemusí přát po porodu vidět své mrtvé dítě, je dobré, pokud se porodní asistentka pokusí jim to nabídnout třeba za chvíli po porodu opět. Kontakt matky s dítětem, které celé těhotenství cítila uvnitř sebe, ji umožní se s ním rozloučit. To je velmi důležité pro truchlení. Jsou popsány případy, kdy matka nechtěla své narozené mrtvé dítě vidět, postupem času začala tvrdit, že třeba nezemřelo. Je lepší, když se matka s dítětem rozloučí, pojmenuje ho. Rozhodně není namístě jakkoli popírat jedinečnost dítěte. Existují i porodnice, kde při tomto stavu vystaví rodičům památeční lístek, na kterém jsou například otisky plosek nožiček dítěte, lze také nabídnout, zda si rodiče přejí nechat pramínek vlásků. Péče porodní asistentky nemusí končit kontaktem ženy na porodním sále, je možné, aby žena či oba partneři vyhledali porodní asistentku, psychologa či jinou odbornou pomoc i po tomto porodu.

3 Metodika práce

Pro vlastní šetření a vyhodnocení výsledků práce bylo použito kvalitativního výzkumu. Pro kvalitativní výzkum je typické, že nejdříve výzkumník určí téma a základní výzkumné otázky, ty mohou být v průběhu výzkumu upraveny či pozměněny. Tím se kvalitativní výzkum stává velmi pružným, protože reaguje i v průběhu sběru dat nebo jejich analýzy. V kvalitativním výzkumu výzkumník hledá všechny informace, které mohou daný jev osvětlit. Zpráva kvalitativního výzkumu musí obsahovat podrobný popis místa, citace rozhovorů, případně poznámky, které si výzkumník během zkoumání pořizoval. Při užití kvalitativního výzkumu jsou používány induktivní formy vědeckých metod. Pro kvalitativní výzkum je zcela typická orientace na studium jednotlivých případů, často se užívají různé formy rozhovorů a pozorování. V dnešní době velmi často dochází ke kombinaci metod výzkumu kvalitativního a kvantitativního. Kvalitativní výzkum probíhá v přirozených podmínkách a je orientován na explorování. Velmi často je tomuto typu výzkumu vytýkána absence čísel, je označován za sbírku subjektivních dojmů výzkumníka. Díky tomu, že je pružný a nestrukturovaný, ho lze velmi těžko replikovat, často je rovněž obtíž se zobecňováním výsledků, protože zde při výběru respondentů nedochází k náhodnému výběru. Naopak výhodou kvalitativního výzkumu je hloubkový přehled, dochází k srovnávání případů, sledování jejich vývoje. Postupně si kvalitativní výzkum získává větší důvěru a společně s výzkumem kvantitativním se vzájemně doplňují (Hendl, 2008).

3.1 Předvýzkum

Hlavním cílem práce bylo zjistit úroveň komunikace porodních asistentek v souvislosti se smrtí či perinatální ztrátou. Tento cíl byl stanoven na základě předvýzkumu, který byl proveden v období na přelomu roku 2013/2014. Předvýzkum měl formu krátkého dotazníku (viz Příloha č. 1). Dotazník je metoda získávání dat, která je velmi často užívána. Jedná se o seznam písemných otázek, na které respondenti písemně odpovídají. Položené otázky se mohou vztahovat k jevům vnějším (názor) nebo jevům vnitřním (postoje, motivy). Výhodou dotazníku je, že umožňuje rychle a ekonomicky získat data od většího počtu respondentů.

V dotazníku se častěji než termín otázka užívá termín položka, protože ne vždy se jedná o otázku, někdy je položka ve formě rozkazu. Položky jsou děleny na obsahové a funkcionální (Chráska, 2007).

Dotazník obsahoval celkem 8 položek, jednalo se o kombinace položek uzavřených, otevřených a polouzavřených. Tento dotazník zodpovědělo 10 pracujících porodních asistentek různých zdravotnických zařízení v České republice. V úvodu dotazník byla otevřená položka, která zjišťovala, zda si porodní asistentky myslí, že je v jejich povolání potřebné se zabývat problematikou umírání a smrti, všechny respondentky se shodly na kladné odpovědi. V další části dotazník zjišťoval, zda se porodní asistentky cítí být připraveny na konfrontaci se smrtí z hlediska teoretických, komunikačních a praktických dovedností. V závěru byly položky zjišťující, zda by porodní asistentky ocenily vytvoření tištěné opory či absolvování kurzu zaměřeného na problematiku umírání a smrti. Na konci dotazníku byla uvedena položka pro zjištění identifikačních údajů, respondentky odpovídaly, na kterém oddělení pracují, objevila se pestrá paleta pracovišť-porodní sál, poporodní oddělení, ambulance, prenatální diagnostika, oddělení rizikového těhotenství, novorozenecké oddělení, gynekologické oddělení.

Z výsledků jasně vyplynulo, že porodní asistentky se z hlediska komunikačních dovedností cítí být nejméně připraveny na konfrontaci se smrtí, zároveň by porodní asistentky ocenily vytvoření tištěné opory, která by jim pomohla lépe zvládnout situaci související s umíráním a smrtí, i absolvování praktického kurzu zaměřeného na nácvik komunikačních dovedností v situaci perinatální ztráty. Jasnou shodu porodních asistentek o důležitosti tohoto tématu v jejich profesi potvrzují jednotlivé názory, které se objevily v odpovědi na první položku předvýzkumu. Položka zněla: „Myslíte si, že je v povolání porodní asistentky potřeba zabývat se problematikou umírání a smrti?“

„Ano, protože s tímto tématem se ve své práci porodní asistentky setkávají.“

„Myslím, že ano, protože i děti umírají, v děloze i na porodním sále.“

„Ano, protože je to součást všech zdravotnických oborů-i porodnictví.“

„Ano, pracovala jsem na gynekologii, kde umíraly onkologicky nemocné pacientky.“

„Ano, myslím si, že nějakým školením je potřeba projít. Setkáváme se na oddělení s intrauterinním úmrtím poměrně často a to i ve vysokých stádiích gravidity. Komunikace

s matkami je důležitá a pro začínající porodní asistentku kontakt s mrtvým potraceným či porozeným plodem je psychicky náročný.“

„Ano, protože se s tím na porodním sále setkáváme a měly bychom vědět, jak se v této situaci zachovat.“

„Určitě ano! Umírání a smrt je součástí každého života. Profese porodní asistentky přináší jak radostné, tak i méně radostné okamžiky a situace. Pro zdravotníky je otázka umírání a smrti nelehkou součástí péče o pacientku či dítě.“

„Ano, je to důležitá problematika, protože smrt patří k životu stejně jako narození.“

3.2 Výzkum

Informace zjištěné z předvýzkumu se staly východiskem dalšího postupu. Byla vytvořena přednáška (viz Příloha č. 2) a k ní situace v podobě dotazníku s otevřenými otázkami, se kterými se porodní asistentky běžně v praxi setkávají (viz Příloha č. 3).

3.2.1 Zaměření výzkumu

Jak bylo zmíněno v cílech práce, výzkum se zabývá úrovní komunikace studentek porodní asistence v souvislosti s umíráním a smrtí či perinatální ztrátou. Výzkum byl tak velmi úzce zaměřen díky výsledkům předvýzkumu, který ukázal, že v problematice umírání a smrti se porodní asistentky cítí být nejméně připraveny z hlediska komunikace. Aby mohlo být zjištěno, zda vhodnou edukací je možno úroveň komunikace zlepšit byl vytvořen dotazník a přednáška zabývající se touto tematikou.

3.2.2 Metoda výzkumu

Jak uvádí Hendl (2008) pro kvalitativní výzkum lze k získání dat použít dotazník s otevřenými otázkami, této metody bylo užito pro získání dat. Při použití této metody dostane respondent dotazník, ve kterém jsou uvedeny otevřené položky, a respondent na ně odpoví, jak nejlépe zvládne, pro vyplnění tohoto dotazníku má mít respondent dostatek času. Zpracování dat potom probíhá stejně jako u strukturovaného kvalitativního rozhovoru. Používá se z důvodu nutnosti minimalizovat variaci otázek. Tento typ dotazování je vhodné

použit právě v situacích, kdy chceme porovnávat odpovědi. Konkrétní metodou pro vyhodnocení a interpretaci se stala analýza konverzace, kterou je možno použít kromě rozhovoru i pro dotazník s otevřenými otázkami. Byly vyhledávány společné a často se vyskytující prvky v odpovědích respondentek před přednáškou a po přednášce a navzájem porovnávány (Hendl, 2008).

V dotazníku byly uvedeny čtyři otevřené otázky, které zastupovaly situace běžné z praxe. Jednalo se o čtyři rozdílné situace, se kterými je možné se setkat na různých pracovištích, kde porodní asistentky běžně pracují. První situace se věnovala komunikaci s potrácející ženou, druhá situace byla věnována umělému přerušení těhotenství, třetí situace byla zaměřena na komunikaci se ženou, která má rodit mrtvý plod, a poslední situace se věnovala situaci úmrtí novorozence. Tyto situace byly záměrně zvoleny tak, aby, pokud by studentky vůbec nevěděly, jak s ženami navázat kontakt, mohly najít jasný návod, inspiraci, či instrukce v přednášce, která následovala po prvním vyplnění situací. Přednáška si kladla za cíl připravit studentky na komunikaci s ženami s perinatální ztrátou.

3.2.3 Výběr respondentů

Pro kvalitativní výzkum je typický menší počet respondentů. S ohledem na hlavní cíl výzkumu bylo jasně stanoveno, kdo se může stát respondentem, jednalo se o studentky porodní asistence. Respondentkami se staly studentky, které se účastnily přednášky na téma Umírání a smrt v povolání porodní asistentky, zaměřené na komunikaci se ženou při perinatální ztrátě. Přednášky se zúčastnilo 26 studentek 3. ročníku prezenční formy studia, jejich věk byl v rozmezí 21-22 let.

3.2.4 Organizace výzkumu

Pro kvalitativní výzkum je typické zkoumání v přirozeném prostředí, podat komplexní obraz a zaznamenat názor účastníků (Hendl, 2008). Jako místo výzkumu bylo určeno místo, kde probíhala přednáška na téma Umírání a smrt v povolání porodní asistentky. Přednáška proběhla na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. V úvodu, před samotnou přednáškou, byly studentkám rozdány vytištěné situace z praxe ve formě dotazníku s otevřenými otázkami. Studentky byly požádány o přečtení jednotlivých situací a zapsání svých reakcí a chování, pokud by se v nich vyskytly. Studentkám byl věnován dostatek času,

nebyly časem limitovány, vyplnění dotazníku jim zabralo 15-20 minut. Následovala samotná přednáška, která v úvodu seznámila studentky s problematikou umírání a smrti v porodní asistenci a následovala hlavní část věnovaná komunikaci se ženou s perinatální ztrátou. Přednáška byla členěna na části, v první části seznamovala studentky s tím, jak rozpoznat jednotlivé emoce, které může žena s perinatální ztrátou prožívat, v další části se přednáška věnovala přímo komunikaci s ženou s perinatální ztrátou, tomu, jak s takovou ženou navázat komunikaci, jak ji ke komunikaci přimět, jak ji přimět ke spolupráci i v těchto těžkých situacích. Další částí byla krizová intervence a její příklady z konkrétních situací perinatální ztráty. Poslední část seznamovala studentky s procesem truchlení a příklady jednotlivých činností, které mohou tomuto procesu pomoci a porodní asistentky by s nimi mohly ženu seznámit. Během přednášky byly studentky podněcovány k aktivitě, k možnosti pokládání otázek. Přednáška byla zaměřena prakticky, byly užívány příklady z praxe pro snazší uchopitelnost. V závěru přednášky byly uvedeny doporučení pro praxi. Po skončení přednášky byly studentky požádány, aby dotazník, který vyplnily před přednáškou, vyplnily znovu na druhou stranu listu, který jim byl v úvodu rozdán, kde byly ty samé situace vytištěné znovu. Respondentky měly opět dostatek času pro vyplnění dotazníku, vyplnění po přednášce trvalo 20-25 minut. Následně byly dotazníky vybrány zpět, aby odpovědi mohly být analyzovány. Díky tomuto postupu mohlo dojít k porovnání odpovědí studentek před přednáškou a po přednášce.

4 Výsledky

V úvodu je nutné respondentky rozdělit na dvě skupiny, první skupina vyplnila situace před i po přednášce, skupina druhá po přednášce záměrně situace již nezodpověděla, maximálně studentky uvedly, že by reagovaly stejně jako před přednáškou. Toto jejich tvrzení není však podloženo obsahově kvalitními odpověďmi před přednáškou. Jejich rozhodnutí tedy bude nejspíše přikládáno nezájmu o problematiku z jejich strany, případně emocionální nevyspělostí a nedostatečnou schopností empatie. Odpovědi na situace před přednáškou u této skupiny studentek nevykazují v žádném směru prvky lepší schopnosti komunikace v těchto situacích oproti druhé skupině respondentek, které vyplnily situace i po přednášce. Ba naopak, některé odpovědi respondentek, které odmítly vyplnit situace i po přednášce, jsou zcela v rozporu s veškerými doporučeními, jež byly studentkám během přednášky předávány.

Výsledky jsou prezentovány ve formě diagramů, které zachycují nejčastější typy odpovědí, jak je uvedly respondentky. Pro každou situaci je vytvořen samostatný diagram. U respondentek, které odpověděly na situaci před přednáškou i po přednášce, jsou pro každou situaci vytvořeny diagramy dva.

4.1 *Respondentky bez změny odpovědi*

Jako první jsou analyzovány odpovědi respondentek, které situace vyplnily pouze před přednáškou a po přednášce se rozhodly je nevyplňovat s uvedením faktu, že by reagovaly či postupovaly stejně.

4.1.1 **Situace spontánního potratu**

První situace, na kterou respondentky měly reagovat, se týkala spontánního potratu.

„Na oddělení, kde pracujete, je přijata žena v 16. týdnu těhotenství, která krvácí a bolí ji v podbříšku. Jak s ní budete komunikovat? Co jí řeknete, když se Vás zeptá, co bude dál?“

„Pokusím se ji uklidnit a ubezpečím ji, že na všechny otázky ji odpoví lékař co nejdříve. Když už bude obeznámena se situací, řeknu jí ke všemu pravdu, nebudu jí dávat falešné naděje.“

„Takové informace, co se děje a co bude dál, by měl podávat přeci lékař. Budu se k ní chovat mile a vstřícně.“

„Velice individuálně. Pokud na ní uvidím, že se bojí, budu se snažit ji uklidnit. Řeknu jí, jak budeme postupovat (KTG, vaginální vyšetření). Neřeknu jí nic konkrétního, co to může být, ať ji nevystraším.“

„Ať sleduje krvácení a pak mi řekne přibližné množství, podle toho budeme pokračovat.“

„Budu se snažit být empatická, jak konkrétně komunikovat s pacientkou si nyní nedokážu úplně představit.“

„Těhotné ženě bych řekla, že se na ni přijde podívat gynekolog a vyšetří ji a potom se uvidí.“

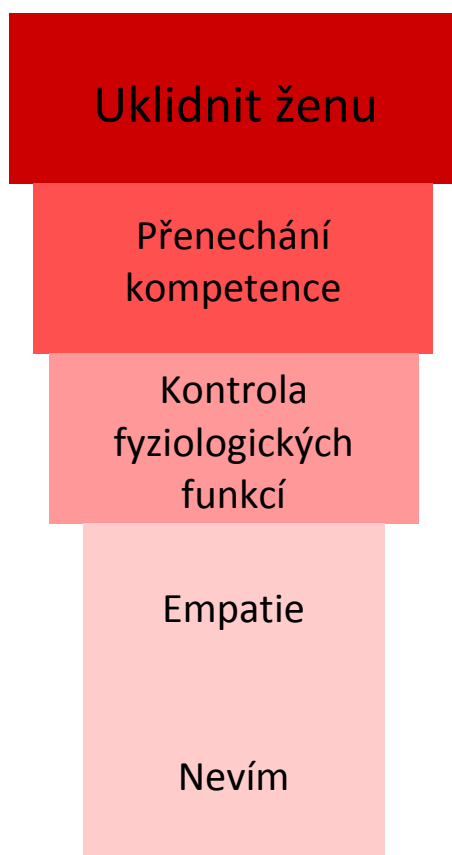
„Řeknu jí, že přijde lékař, který ji vyšetří a podle toho se uvidí, co bude dál.“

„Řeknu jí, že přijde lékař a po domluvě s ním budeme plnit jeho pokyny.“

„Řeknu jí, že prvně ji musí vyšetřit lékař a potom se uvidí, co se bude dít dál.“

Diagram 1

Odpovědi respondentek na situaci spontánního potratu



Popis a komentář k diagramu 1

Na diagramu 1 jsou zachycena klíčová hesla odpovědí respondentek na situaci spontánního potratu. Nejčastější odpovědí bylo „uklidnit“ ženu, tato odpověď nebyla dále rozvíjena, tudíž nelze jasně stanovit, jak by tohoto uklidnění respondentky dosáhly. Velmi časté zastoupení rovněž měla odpověď, kde respondentky svou kompetenci k navázání komunikace přenechávají na někom jiném, konkrétně na lékaři. Jako třetí nejčastější bod se vyskytla odpověď pro kontrolu fyziologických funkcí. Nejméně často se vyskytly odpovědi obsahující položku empatie, empatického chování a přístupu a položka nevím.

4.1.2 Situace zákroku umělého přerušování těhotenství

Druhá situace byla zaměřena na komunikaci se ženou po zákroku umělého přerušování těhotenství.

„Žena, která byla přivezena ze zákroku umělého přerušení těhotenství, pláče. Budete to spíše přehlížet a příkládat situaci, nebo se jí zeptáte, co ji trápí?“

„Přijde mi to jako opravdu hloupá otázka ptát se ženy po umělém přerušení těhotenství, co ji trápí.“

„Nebudu se jí ptát, co ji trápí. Zeptám se, jestli nechce pomoc od odborníků-psychologů. Budu s ní hovořit na tohle téma jen okrajově, budu se s ní zkoušet hovořit o něčem jiném.“

„Myslím si, že ptát se jí na to, co ji trápí, je zbytečné, jelikož je znám důvod jejího pláče.“

„Nebudu se jí ptát, tak vím, co ji trápí.“

„Řeknu jí, ať nepláče, že ji nikdo soudit nebude a že třeba to tak všechno mělo být a bude líp.“

„Popovídám si s ní o důvodu jejího pláče, budu se snažit jí podat pomocnou ruku, nebudu ji odsuzovat za její svobodné rozhodnutí.“

„Já bych se této ženy určitě zeptala, co se děje. V takovém stavu by se mohla svěřit, například se svou tíživou situací.“

„Zeptám se, co ji trápí, a pokusím se ji uklidnit.“

„Budu s ní komunikovat, budu se snažit ji uklidnit, budu se chovat tak, aby ke mně měla důvěru a se vším se svěřila.“

„Pokud bude chtít, tak si s ní o tom promluvím, budu se snažit, aby ke mně měla důvěru.“

Popis a komentář k diagramu 2

Na diagramu 2 jsou zachyceny a srovnány odpovědi respondentek na situaci zákroku umělého přerušení těhotenství. Nejčastější reakcí této skupiny respondentek bylo nezjišťovat příčinu pláče ženy po tomto zákroku. Další pozice v diagramu ukazuje na nutnost navázat komunikaci se ženou ze strany respondentek. Třetí nejčastější reakcí respondentek bylo uklidnit ženu. Nejméně často se vyskytly odpovědi, kdy respondentky navrhovaly bránit ženě v projevu emocí, nebo kdy navrhovaly odvést pozornost ženy jiným směrem a rovněž přenechání kompetence komunikovat se ženou na jiné osobě.

Diagram 2

Odpovědi respondentek na situaci zákroku umělého přerušení těhotenství



4.1.3 Situace porodu mrtvého plodu

Třetí situace se týkala navázání komunikace se ženou, která je přijata k indukci porodu mrtvého plodu. Odpovědi od respondentek, které by své stanovisko neměnily ani po přednášce jsou standardní cestou navázání komunikace. Objevilo se pár případů, kdy respondenty nenapsaly nic konkrétního, ovšem na své reakci trvaly. Jedná se o velmi náročnou situaci jednak na psychiku rodičky, jednak na psychiku samotného personálu. Je to patrné i z odpovědí, kdy respondenty samy často odpověděly, že neví, jak reagovat. Po přednášce to již vědět mohly, ale tato část respondentek své odpovědi nezměnila.

„Jste na porodním sále, pečujete o ženu, která je přijata k indukci porodu mrtvého plodu v 38. týdnu těhotenství. Jak s touto ženou navázete komunikaci?“

„Je to individuální, záleží na samotné klientce.“

„Nevím.“

„Dám ji informace co a jak s dítětem, řeknu ji alternativy (uchovat si památku na dítě).“

„Podle jejího psychického stavu. Samozřejmě se nebudu s největší pravděpodobností usmívat. Bude ji to mrzet, ale některé maminky jsou trošku smířené. Budu hlavně empatická. Pokud se bude chtít o všem bavit, tak jí pomůžu, pokud ne, tak jí dopřeju soukromí, popřípadě si k porodu zavolám psychologa.“

„S touto ženou bych navázala komunikaci sdělením informací ohledně provozu na oddělení, s tím, co ji čeká, a nabídla jí, že cokoli bude chtít, tak jsem tady pro ni.“

„Samozřejmě záleží, jak to žena bude zvládat, není to nic příjemného, podle situace. Budu se snažit komunikovat, být empatická.“

„Představím se, zjistím, jak se cítí, seznámím ji s dalším postupem, budu se snažit ji uklidňovat.“

„Nevím, je to individuální.“

„Velmi šetrně, abych její utrpení a smutek nezhoršila.“

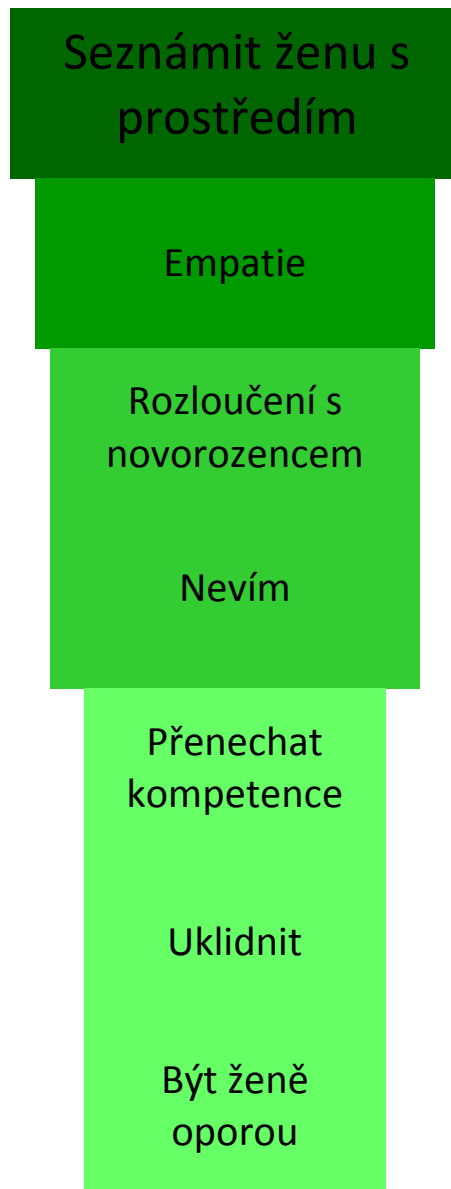
„Představím se a provedu ji po porodním sále, řeknu, kde co je. Uložím ji na porodní box a vysvětlím, co budeme dělat.“

Popis a komentář k diagramu 3

Nejčastější reakcí respondentek na způsob navázání komunikace se ženou při porodu mrtvého plodu bylo seznámit ženu s prostředím porodního sálu. Na druhém místě se vyskytla empatie, schopnost cítit se ženou, chovat se k ní empaticky. Stejně časté byly odpovědi, které navrhovaly různé možnosti rozloučení se s novorozencem, a odpověď nevím. Nejméně často se vyskytlo zbavení se kompetence, uklidnit ženu a být jí v tomto náročném procesu oporou.

Diagram 3

Odpovědi respondentek na situaci porodu mrtvého plodu



4.1.4 Situace úmrtí novorozence

Poslední situace, na kterou respondenty odpovídaly, se týkala komunikace s matkou nebo oběma rodiči po úmrtí jejich novorozence, který se narodil s vrozenou vývojovou vadou.

„Pracujete na oddělení, kde právě propouštíte ženu 3. den po porodu, v noci jí zemřelo dítě, které se narodilo s těžkou vrozenou vývojovou vadou. Je něco, co byste chtěla nebo mohla ženě (případně oběma rodičům) říct, doporučit?“

„Těmto rodičům můžeme nabídnout kontakt na psychologickou poradnu. Domnívám se, že rodiče s tímto rizikem počítali a v rámci možností se na tuto situaci mohli připravit, jelikož se dělají screeningy na vrozené vady.“

„Doporučila bych psychologa, komunikaci se svým okolím, nezavírat se doma a snažit přijít na jiné myšlenky.“

„Řekla bych jim, ať nezanevrou na další těhotenství, podpořila bych ji v další graviditě a doporučila samozřejmě pomoc psychologa.“

„Řekla bych jim, že je dobré se s dítětem rozloučit, vytvořit si na zemřelé dítě památku, je důležité se netvářit, jakože se nic nestalo. Doporučím jim, kde najdou odbornou pomoc, pokud bude potřeba.“

„Řeknu jim, ať neztrácí hlavu, že to bude časem lepší a že jim přeju hodně štěstí.“

„Určitě byla informována o vrozené vadě dítěte lékaři. Dle psychického stavu bych doporučila spolupráci s psychologem.“

„Ještě jsem se s tím nesešla, ale asi bych jí doporučila psychologa.“

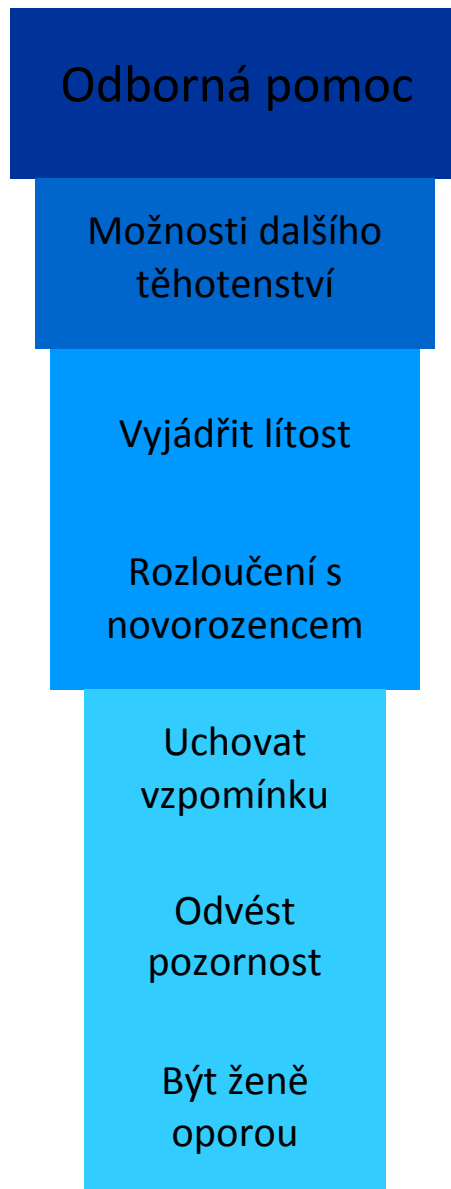
„Vyjádřila bych soustrast a lítost a řekla bych, kde mohou najít pomoc v této těžké situaci.“

Popis a komentář k diagramu 4

Nejčastější reakcí respondentek na situaci komunikace se ženou při úmrtí novorozence bylo doporučení odborné pomoci ve formě psychologa. Na druhém místě z hlediska četnosti odpovědi se objevilo doporučení pro další těhotenství. Na stejné úrovni se nacházejí odpovědi, ve kterých respondentky navrhují rozloučení se s novorozencem a vyjadřují rodičce lítost. Nejméně často byly zastoupeny odpovědi, které obsahovaly doporučení pro uchování si vzpomínky na novorozence, či se snažily odvést pozornost od tohoto problému nebo být ženě v této situaci oporou.

Diagram 4

Odpovědi respondentek na situaci úmrtí novorozence



4.2 Respondentky se změnou odpovědi

Nyní budeme analyzovat a porovnávat odpovědi studentek, které se vyjádřily k situacím jak před přednáškou, tak i po přednášce. Budou uvedeny postupně všechny situace a odpovědi na ně vždy v páru odpověď před přednáškou versus (dále v textu značeno X) odpověď po přednášce.

4.2.1 Situace spontánního potratu

Nyní se budeme věnovat porovnávání odpovědí na první situaci, která se týkala spontánního potratu.

„Na oddělení, kde pracujete, je přijata žena v 16. týdnu těhotenství, která krvácí a bolí ji v podbřišku. Jak s ní budete komunikovat? Co jí řeknete, když se Vás zeptá, co bude dál?“

„Nevím, nikdy jsem se s touto situací nesečkala.“

X

„Diagnózu jí může říct lékař. Pokud se mě poté zeptá, co bude dál, řeknu jí, jak to obvykle probíhá.“

„Budu s ní komunikovat dle zdravotního stavu, pokud ona bude schopna komunikovat. Uklidním ji a řeknu jí, že zatím neznáme příčinu jejího krvácení, ale až to vědět budeme, bude první, kdo se to dozví.“

X

„V této situaci bych se snažila nebagatelizovat tento stav. Stála bych ženě oporou a doporučila jí společnost blízkých, svou pomoc a pocit, že na to není sama.“

„Nejprve se budu snažit ji uklidnit. Komunikovat s ní budu normálně, protože pokud bych byla třeba přecitlivělá nebo naopak agresivní, mohla by to brát tak, že sama nevím, co bude dál. Řeknu jí, že se nemusí bát, že je v nejlepších rukách odborníků a že spolu to všechno zvládneme, že jí vždy všechno vysvětlím, budu tam pro ni, kdykoli mě bude potřebovat.“

X

„Ubezpečím ji, že už je v nemocnici, kde jsou lékaři, a je v dobrých rukách. Nebudu jí ale dávat falešné naděje a řeknu jí, co hrozí a jaké budou další postupy. Budu se snažit chovat uvědoměle, ale také ji vyjádřím, že je mi líto, co se děje.“

„Na otázky ohledně, co bude dál, by měl odpovídat lékař.“

X

„Snažit se jí co nejvíce uklidnit, nechat projevit emoce.“

„Budu se snažit ji uklidnit.“

X

„Srozumitelně jí vysvětlit běžný postup v takové situaci, informovat o krocích, co budeme provádět, nedávat falešné naděje.“

„Ženu uklidním, o dalších krocích ji budeme informovat spolu s lékařem.“

X

„Ženu empaticky podpořím, nebudu jí dávat zbytečné naděje.“

„Budu se snažit ženu uklidnit a vysvětlím jí postup, jak budou probíhat různá vyšetření, a podle toho jí lékař vše vysvětlí a stanoví další postup.“

X

„Danou situaci nezkresluji a informuji o obvyklém postupu.“

„Snažit se komunikovat vstřícně a pozitivně, ale přitom nedávat falešné naděje, že je vše v pořádku.“

X

„Nejprve zjistím, zda žena stojí o mou přítomnost. Poté, pokud bude chtít, jí zodpovím její otázky a empaticky jí sdělím možnosti, co se může stát, co je v mých kompetencích a ne lékaře.“

„Na otázku se budu snažit odpovědět tím, že jí řeknu co nejvíce informací, které mohu sdělovat.“

X

„Popíšu jí, jak se v takovéto situaci běžně postupuje.“

Diagram 5

Odpovědi respondentek na situaci
spontánního potratu
před přednáškou

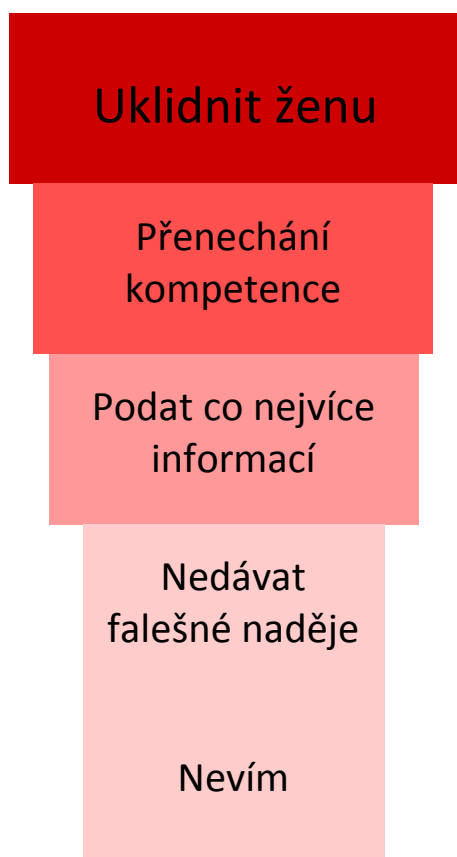
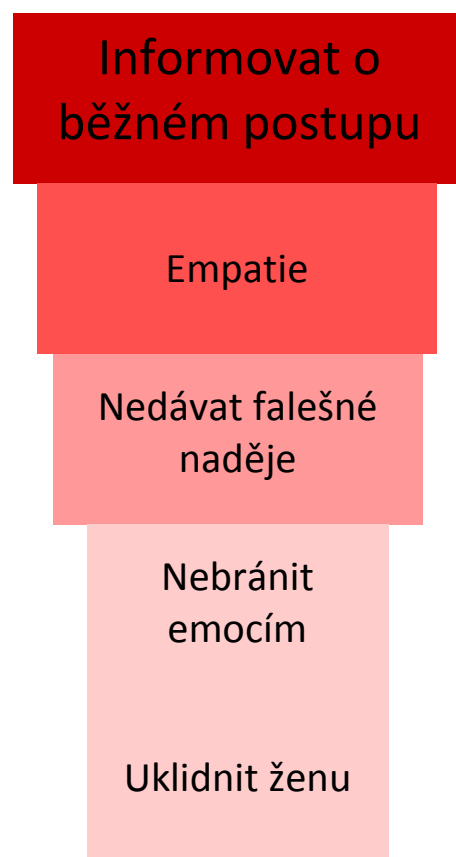


Diagram 6

Odpovědi respondentek
na situaci spontánního potratu
po přednášce



Popis a komentář k diagramům 5 a 6

Z porovnání diagramů je patrné, že odpověď, která se před přednáškou vyskytovala na prvním místě, se po přednášce přesunula až na místo poslední. Tato odpověď byla na prvním místě nahrazena po přednášce doporučením z přednášky o možnosti informovat ženu o běžném postupu v této situaci, čím je ženě zároveň podán dostatek informací. Na druhém místě v četnosti odpovědí před přednáškou se objevila reakce přenechání

kompetence, tato odpověď v diagramu 6 již zahrnuta není, respondentky ji nahradily vhodnějšími doporučeními, která zahrnovala empatický přístup k ženě a její situaci. Položka o nedávání falešných nadějí se vyskytuje v obou diagramech, v diagramu 6 byla tato odpověď častější, jelikož toto doporučení předkládala přednáška. Odpověď z diagramu 5, která byla nejméně častá, odpověď nevím, se v diagramu 6 nevyskytuje, nejméně častou odpovědí respondentek po přednášce bylo všeobecné uklidnění ženy.

4.2.2 Situace zákroku umělého přerušování těhotenství

Druhá situace, u které budeme porovnávat odpovědi před přednáškou a po přednášce se týkala komunikace se ženou po zákroku umělého přerušování těhotenství.

„Žena, která byla přivezena ze zákroku umělého přerušování těhotenství, pláče. Budete to spíše přehlížet a přikládat situaci, nebo se jí zeptáte, co ji trápí?“

„Pláč budu přikládat situaci, protože je jasné, že ji trápí umělé přerušování těhotenství.“

X

„Pokud o tom bude chtít mluvit, můžeme probrat, co ji trápí.“

„Zeptám se jí, zda by si o tom, co ji trápí, nechtěla popovídat.“

X

„Ženu nechám plakat, přisednu si k ní a zeptám se jí, zda by si nechtěla pohovořit o tom, co ji trápí. Ujistím ji, že ať už měla k přerušování těhotenství jakýkoli důvod, tak tu já, ani mé okolí není od toho, aby ji soudilo, ale od toho, aby jí pomohlo v takto tíživé situaci.“

„Asi bych se jí zeptala, co ji trápí a proč pláče.“

X

„Zeptám se jí, zda se v tu danou chvíli chce bavit o tom, co ji trápí. Pokud ne, určitě jí řeknu, že kdykoli bude potřebovat, ráda ji vyslechnu. Pokud se se mnou bude chtít bavit, budu ji naslouchat a podpořím ji.“

„Zeptám se, co ji trápí.“

X

„Budu se snažit si najít chvílku a popovídat si s ní, co ji k tomu vedlo. Zajistit ji podporu od blízkých.“

„Ani bych ji nepřehlížela a ani jí nepokládala zbytečné otázky.“

X

„Vyjádřit lítost a dát jí najevo, že pokud bude chtít, může se nám svěřit. Pohládit ji, chytit za ruku, dát najevo, že v tom není sama.“

„S takovou situací jsem se setkala. S pacientkou jsem vše probírala. Vysvětlila mi, proč ji daná situace trápí. Pacientku jsem uklidnila, řekla svůj názor, čímž si myslím, že měla ke mně větší důvěru a nebála se mluvit o důvěrnějších věcech. Nesnažila jsem se věci zkreslovat.“

X

„Tuto situaci probírám nejlépe v klidu v soukromí. Jsem empatická a snažím se použít neverbální komunikaci.“

„Ptát se jí mi nepřijde vhodné, spíše bych volila nějaká podpůrná slova, řekla bych jí, že je důležité vidět budoucnost pozitivně.“

X

„Zeptám se, zda chce o tom hovořit, zda chce být sama, zda chce přivolat nějakou blízkou osobu.“

„Přehlížet tuto skutečnost určitě nebudu. Nedokážu ale přesně říci, jak s ní komunikovat. Možná zvolím nějakou medikaci.“

X

„Budu s ní soucítit, nebudu jí v emocích bránit, nebudu to přehlížet.“

„Zeptám se, co ji trápí a pokusím se ji uklidnit, že pokud těhotenství nevyšlo teď, má ještě velkou naději zkusit po čase otěhotnět znovu a budu držet palce, aby jí to vyšlo.“

X

„Pokusím se vžít do její situace, vyslechnu ji.“

Popis a komentář k diagramům 7 a 8

Diagramy 7 a 8 se vztahují k situaci zákroku umělého přerušování těhotenství. Při jejich porovnání vidíme, že na prvním místě se před přednáškou i po přednášce vyskytují odpovědi, kdy by respondentky zjišťovaly příčinu ženina pláče a snažily by se s ní navázat komunikaci. Pro srovnání uvádíme, že respondentky bez změny odpovědi (viz diagram 2) na prvním místě uvádějí, že by příčinu pláče ženy nezjišťovaly. Druhou nejčastější odpovědí respondentek před přednáškou bylo být ženě nějakým způsobem oporou. Po přednášce se na druhé pozici tato odpověď rovněž vyskytla, ale přibýlo k ní ještě doporučení, že by respondentky nebránily ženě v projevu emocí jako je nejčastěji pláč. Třetí nejčastější odpovědí respondentek před přednáškou bylo ženu uklidnit. Po přednášce se o tuto třetí pozici v četnosti dělí tři položky, které doporučovala přednáška, jsou jimi empatický přístup, prvky neverbální komunikace a zajištění blízké osoby nebo někoho z rodiny. Na čtvrtém místě se před přednáškou objevily dvě odpovědi, nevím a nezjišťování příčiny pláče ženy, po přednášce se na tomto místě nejčastěji vyskytla odpověď, ve které respondentky ženě vyjadřovaly lítost. Na posledním místě z hlediska četnosti se před přednáškou objevila odpověď zabývající se možností dalšího těhotenství ženy, přednáška obsahovala doporučení týkající se této problematiky, po přednášce se tato odpověď již neobjevila.

Diagram 7

Odpovědi respondentek na situaci
zákroku umělého přerušení
těhotenství před přednáškou

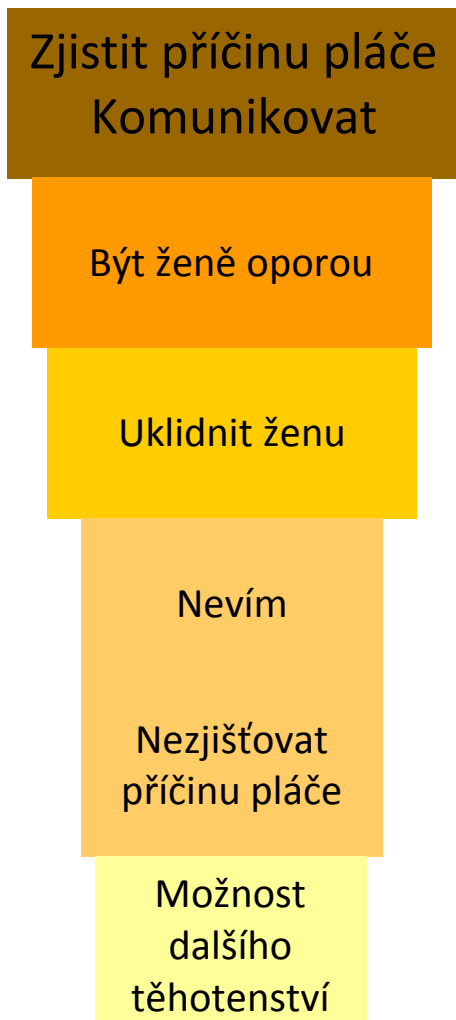


Diagram 8

Odpovědi respondentek
na situaci zákroku umělého
přerušení těhotenství
po přednášce



4.2.3 Situace porodu mrtvého plodu

Třetí situace se zaměřila na komunikaci se ženou, která je přijata k indukci porodu mrtvého plodu. Respondentky měly popsat, jak by s touto ženou navázaly komunikaci. Jedná se o velmi náročnou situaci, jak pro pečující personál, tak samozřejmě pro rodičku samotnou. Tato situace není nijak vzácná, proto je dobré zkusit se na ni připravit alespoň teoreticky.

„Jste na porodním sále, pečujete o ženu, která je přijata k indukci porodu mrtvého plodu v 38. týdnu těhotenství. Jak s touto ženou navážete komunikaci?“

„V první řadě se jí představím a ve zkratce jí povím, co ji asi bude čekat.“

X

„Žena, se kterou se budu snažit navázat kontakt, bude prožívat nejrůznější emoce, kterým nechám volný průběh a ženu nebudu nijak omezovat. Citlivě ji seznámím s tím, co ji bude čekat, a řeknu jí, že ať už bude mít jakýkoli problém či otázku, ať se mě na cokoli zeptá, že tu jsem pro ni a pro nikoho jiného.“

„Prvně bych začala tím, že bych se představila a řekla ženě, že jsem tam pro ni, že pokud bude něco potřebovat, budeme všechno řešit spolu. Později bych se vyhnula označování plodu jako třeba miminko, děťátko. Podle mě je ale důležité zeptat se ženy, jak se bude chtít s dítětem rozloučit.“

X

„Budu se chovat uvolněně tak, aby se žena cítila v bezpečí. Určitě bych se snažila jednat i s partnerem a dala jim najevo, že mě moc mrzí, co se stalo. Po porodu mrtvého dítěte bych nechala rodičům dostatečný čas na truchlení a rozloučení se s děťátkem. Určitě bych jim nabídla možnosti, které by šly udělat pro to, aby měli památku.“

„Nevím.“

X

„Komunikovat s ní, co ji čeká, jak vše bude probíhat, nechat ji truchlit, zajistit podporu od příbuzných, navrhnout ji možnost psychologa, možnost památečních věcí na miminko.“

„Nevím, ještě jsem se s tím nesečkala.“

X

„Říct jí, co bude následovat, komunikovat s ní, ale pokud bude potřeba, dát prostor jejím emocím. Zapojit třetí osobu (partner), pokud s námi nebude chtít komunikovat.“

„S touto situací jsem se nesečkala, nevím.“

X

„Zjistím, jestli se mnou chce komunikovat. Poté, dle možností, i s partnerem (rodinou) navážu komunikaci ohledně dalších možností těhotenství a nechám průběh emocím.“

„Se ženou navážu komunikaci jako s každou jinou rodičkou, to znamená, že jí projeví dostatek empatie a ochotu provést ji tímto procesem.“

X

„Empaticky se jí zeptám na její aktuální pocity, nechám, aby se verbálně i neverbálně vyjádřila, aby situaci nepopírala a naopak, aby nechala volný průběh emocím.“

„Opravdu nevím, asi podle toho, jak na tom paní bude.“

X

„Budu se jí snažit nějak povzbudit a projevit účast.“

„Budu se snažit ji uklidnit, aby si to nijak nevyčítala, že za to nemůže, může se to příště podařit, ať to nevzdává.“

X

„Uklidnit, aby si to nevyčítala, přivést někoho, kdo bude s ní, edukovat, že má možnost se rozloučit s miminkem, klidné prostředí, kde neuslyší moc dětí, co se ten den a v tu dobu narodí.“

„Většinou jsou tyto ženy již poučeny a připraveny od svého ošetřujícího gynekologa, proto s ní ale nebudu komunikovat jako s jinou rodičkou. Později mírnější i hodně citlivější přístup.“

X

„Budu ji informovat o následné péči, o dítěti, empaticky komunikovat, popřípadě doporučím odbornou pomoc.“

„Sama nevím. Nikdy jsem v podobné situaci nebyla a ani jsem na praxi nezažila.“

X

„Budu se snažit působit mile. Podávat jasné a pravdivé informace. Budu se snažit získat ženinu důvěru a snažit se jí být oporou. Dodat jí pocit bezpečí a porozumění.“

„Nevím, nikdy jsem se s touhle situací nesetkala.“

X

„Řeknu, že je mi moc líto, co ji potkalo, ať v sobě nedusí pocity, zkusí vyhledat odbornou pomoc nebo se svěřit se všemi pocity někomu blízkému. Ať se s miminkem rozloučí podle svého uvážení. Nebudu zkreslovat situaci.“

„Nevím.“

X

„Sdělím, že je mi moc líto, čím si teď prochází. Budu se snažit být oporou (neverbální komunikací-přítomností s touto ženou, verbální-říct to, jaká situace je „miminko zemřelo“).“

Diagram 9

Odpovědi respondentek na situaci
porodu mrtvého plodu
před přednáškou

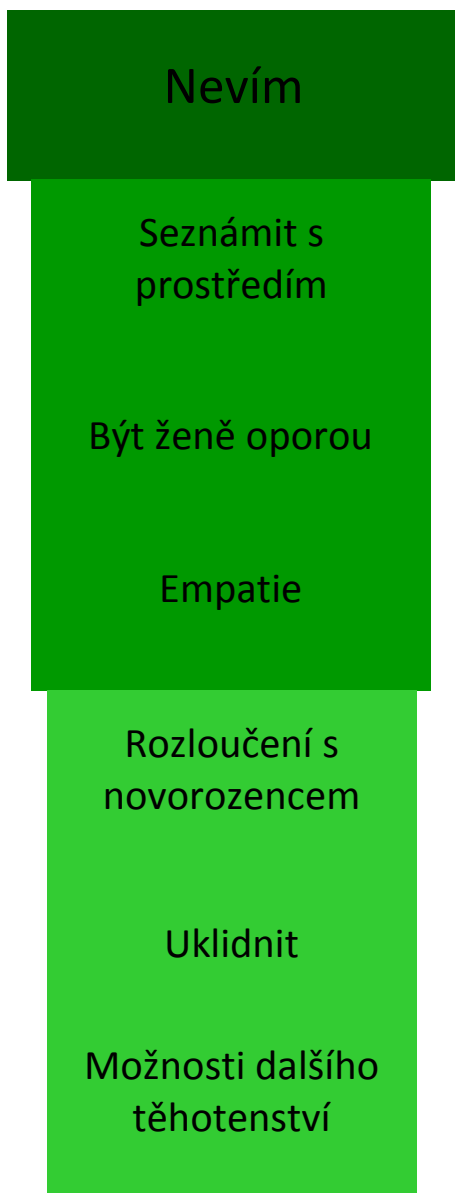
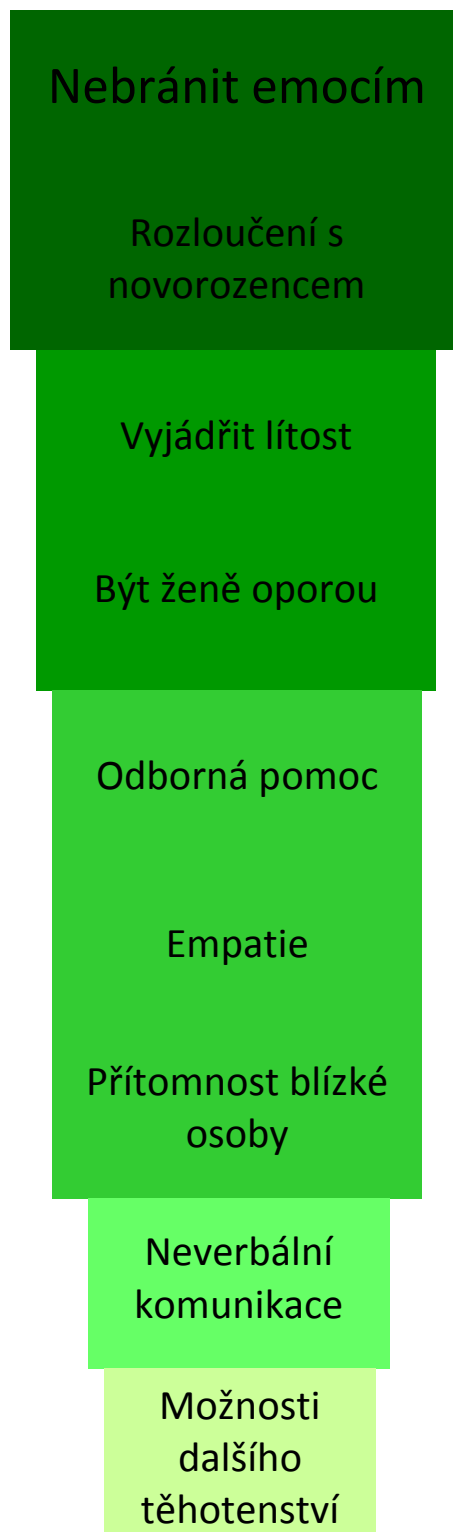


Diagram 10

Odpovědi respondentek
na situaci porodu mrtvého
plodu po přednášce



Popis a komentář k diagramům 9 a 10

Na prvním místě v četnosti odpovědí respondentek před přednáškou se vyskytuje odpověď neví. Tato odpověď se po přednášce již nevyskytuje. První místo v diagramu 10 obsadila odpověď o tom, že by respondentky nebránily ženě v projevu jejích emocí a nabídly jí možnosti rozloučení se s mrtvorozeným dítětem. Z hlediska četnosti se o druhé místo před přednáškou dělí tři typy odpovědí, jedná se o seznámení ženy s prostředím porodního boxu, být ženě v průběhu tohoto procesu oporou a chovat se empaticky v dané situaci. V reakcích respondentek po přednášce se jako druhá nejčastější odpověď vyskytly dvě reakce, stejně jako před přednáškou se jednalo o odpověď být ženě oporou, nově zde je reakce o vyjádření lítosti a soustrasti ženě. Na posledním místě z hlediska četnosti se před přednáškou vyskytly tři typy odpovědí, jednalo se o doporučení rozloučení se s mrtvorozeným dítětem, uklidnění ženy a navrnutí možností dalšího těhotenství. Na třetím místě z hlediska četnosti se u respondentek po přednášce vyskytly tři typy odpovědí, byly to doporučení pro odbornou pomoc ženě, empatický přístup v dané situaci a zajistit ženě přítomnost blízké osoby v této náročné situaci. Po přednášce se objevilo nově, že by respondentky zahrnuly do péče i prvky neverbální komunikace. Na posledním místě z hlediska četnosti se vyskytuje doporučení pro další těhotenství.

4.2.4 Situace úmrtí novorozence

Poslední situace, na kterou respondentky odpovídaly, se týkala komunikace s rodiči, kterým zemřelo novorozené dítě. Jedná se o kritickou situaci, která psychicky zasahuje i zdravotnický personál.

„Pracujete na oddělení, kde právě propouštíte ženu 3. den po porodu, v noci jí zemřelo dítě, které se narodilo s těžkou vrozenou vývojovou vadou. Je něco, co byste chtěla nebo mohla ženě (případně oběma rodičům) říct, doporučit?“

„Podporovat rodiče k dalšímu pokusu o otěhotnění, že nic není ztracené. Vysvětlit, že doktoři udělali vše, co bylo v jejich silách.“

X

„Informuji a edukuji o možnostech odborné pomoci a kontaktech na různé skupiny lidí a párů se stejným problémem.“

„Se situací jsem se nesečkala, nevím, jak bych se zachovala.“

X

„Doporučila bych jí návštěvu psychologa, dobrá je podpora rodiny, možnost jí nabídnout schůzku s ženami se stejným problémem.“

„Soucítla bych s nimi a nabídla jim služby odborníků, kteří se touto problematikou zabývají.“

X

„Myslím si, že v této situaci je nejdůležitější nenechávat ženu samotnou. Umožnit jí strávit čas s miminkem, ale také s partnerem, který jí v této situaci bude oporou. Doporučit kontakt na webová fóra a odbornou poradnu.“

„Určitě bych řekla ženě, že mě to mrzí a nechala bych jí, aby mi řekla všechno, co bude chtít, určitě je důležité v takové situaci naslouchat. Ale nevím, co v takové situaci doporučit.“

X

„Určitě jí řeknu, že mě to moc mrzí a že chápu, že prožívá velký smutek. Doporučila bych jí kontakt na psychologa, webové stránky a také bych jí řekla o možnostech, jak na zemřelé dítě vzpomínat.“

„Doporučit psychologa.“

X

„Možnost nějakých památečních věcí na miminko, komunikovat s ní, podpořit ji, podpora od příbuzných.“

„Myslím, že vhodnější je mluvit s oběma partnery najednou, podpořit je v plánování dalšího těhotenství.“

X

„Doporučila bych oběma partnerům kontaktovat psychologickou pomoc, informovala bych je o sdruženích rodičů, kteří prožili stejnou ztrátu jako oni.“

„Možná kontaktovat psychologa, popřípadě kněze, pokud je věřící.“

X

„Kontakt na nějaké skupiny žen nebo internetové stránky.“

„Aby to hned nevzdávali, že se to příště může podařit.“

X

„Uklidnit, doporučit pomoc-web, psycholog.“

„Nevím, jak bych se v dané situaci zachovala, co bych jí řekla.“

X

„Dala bych jí kontakt na psychologa a doporučila bych jí návštěvu webových stránek zabývajících se danou problematikou.“

„S ženou bych určitě nekomunikovala s úsměvem na tváři. Naopak bych se snažila ji projevit lítost a pochopení v dané situaci.“

X

„Doporučila bych kontaktovat psychologa a vyhledat různé spolky, které pomohou partnerům se vyrovnat se ztrátou a ukázat jim, že nejsou sami s daným problémem.“

„Doporučit, že všechno chce čas, a i když se teď trápí, ať se nevzdává a třeba se časem, až se bude cítit lépe, pokusí otěhotnět znova a snad to vyjde. Ať zkusí vyhledat odbornou pomoc psychologa a hlavně, ať v sobě pocity nedusí.“

X

„Vyhledat pomoc nebo se svěřit někomu blízkému. Rozloučit se s miminkem. Doporučím, ať si píše deník o pocitech, nedusí je v sobě. Doporučím, ať se zkusí upnout na nějakou činnost.“

„Popřála bych upřímnou soustrast, nevím, jak přesně se v této situaci chovat.“

X

„Sdělit vlastní pocity (velice mě to mrzí). Doporučit pomoc psychologa, internetové stránky, komunita žen, které mají stejnou smutnou zkušenost.“

Popis a komentář k diagramům 11 a 12

Na prvním místě diagramu 11 se vyskytuje doporučení vyhledat odbornou pomoc. V diagramu 12 se na prvním místě vyskytuje doporučení vyhledat pomoc ve formě svépomocné skupiny žen, která má stejnou či podobnou zkušenost. Z hlediska četnosti se na druhém místě před přednáškou vyskytly tři odpovědi, kdy respondentky nevěděly, jak se v této situaci chovat, komunikovat, vyjádřily rodičům lítost či soustrast v dané chvíli a doporučovaly jim znovu se pokusit otěhotnět, toto poslední doporučení se v diagramu po přednášce již vůbec nevyskytuje. Druhou nejčastější reakcí respondentek po přednášce bylo doporučení odborné pomoci. Třetí místo v obou diagramech shodně obsahuje doporučení rozloučit se s mrtvým novorozencem. Na posledním místě z hlediska četnosti odpovědí se před přednáškou vyskytují dvě doporučení, prvním je nebránit ženě v projevu emocí, druhým naslouchat ženě. Na čtvrtém místě v diagramu 12 se objevily dvě doporučení, vyjádřit ženě, případně rodičům lítost, soustrast, zajistit ženě podporu rodiny, blízkých osob. Jako další doporučení je uvedeno uchování vzpomínky na dítě a nakonec být v této těžké životní situaci ženě oporou.

Diagram 11

Odpovědi respondentek na situaci
úmrtí novorozence
před přednáškou

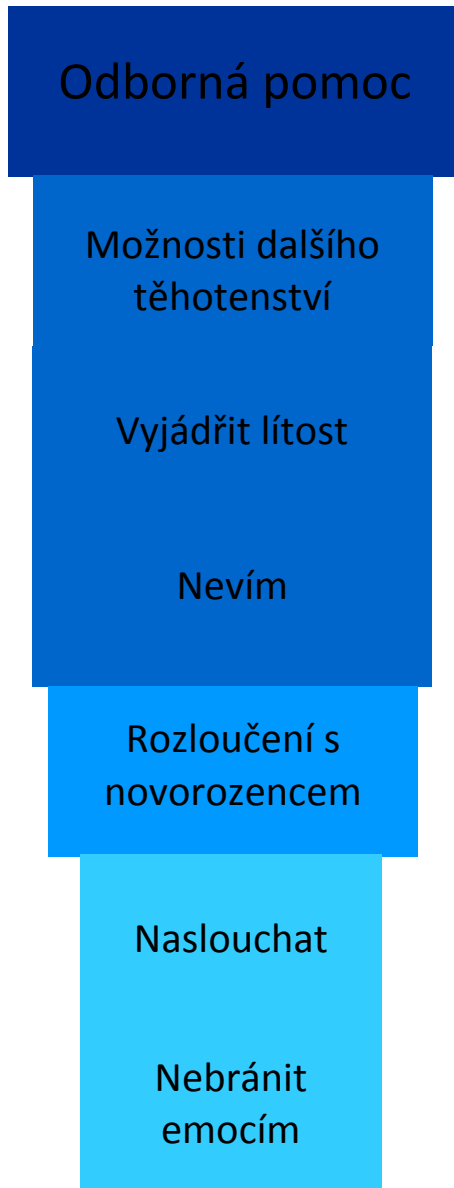
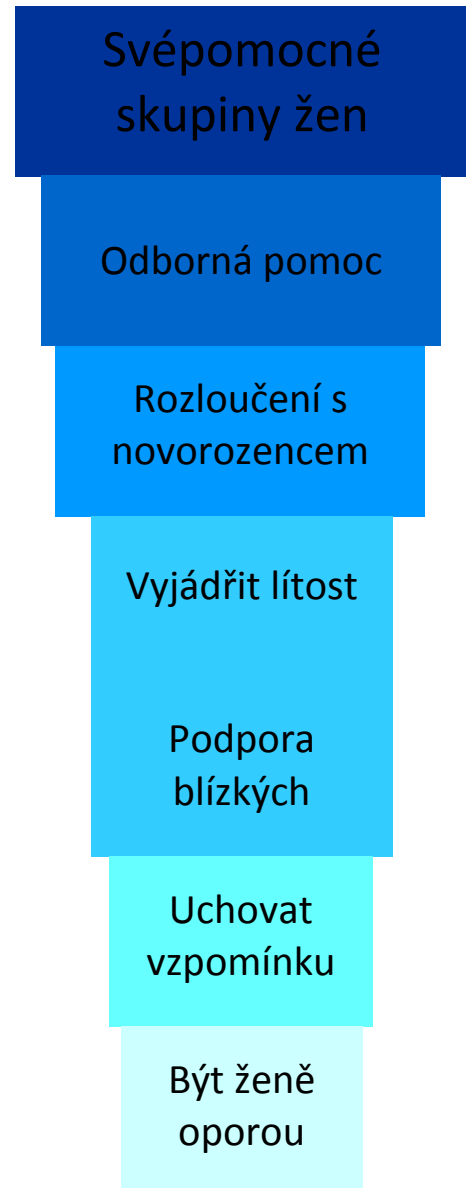


Diagram 12

Odpovědi respondentek
na situaci úmrtí novorozence
po přednášce



5 Diskuze

Z výsledků můžeme rovněž odpovědět na výzkumné otázky, které si práce stanovila. Úroveň komunikace studentek porodní asistence v situaci perinatální ztráty není jistá, velmi často se objevují jako reakce návrhy, které jsou zcela nevhodné a ženu, případně pár by mohly psychicky ranit. Ojedinele se setkáváme s reakcí, která by byla v dané situaci vhodná. Z předvýzkumu jsme se dozvěděli, že i porodní asistentky z praxe by uvítaly absolvování přednášky či praktického kurzu zaměřeného na nácvik komunikace v situaci umírání a smrti. Dále z dostupných pramenů a zdrojů a rovněž z výsledků práce vyplývá odpověď na další výzkumnou otázku, tedy, že studentky porodní asistence a porodní asistentky nemají dostatek informací k dané problematice. Nemůžeme jednoznačně zhodnotit, zda studentky porodní asistence či porodní asistentky mají o tuto problematiku zájem. Studentky porodní asistence neznají postupy krizové intervence v situaci perinatální ztráty. Z předvýzkumu vyplynulo, že porodní asistentky považují za důležité věnovat se tomuto tématu, při samotné přednášce pro studentky porodní asistence takový zájem od některých studentek rozhodně nebyl znát. V současnosti neexistuje brožura, která by se věnovala této problematice a mohla by být pomocníkem pro porodní asistentku v dané situaci. Z výsledků vyplývá, že studentky porodní asistence nevnímají sebe samy jako odborníky pro komplexní péči o ženu ve všech situacích.

5.1 *Situace perinatální ztráty*

Jak jsme již uvedli, do balíčku perinatální ztráty řadíme spontánní potrat, umělé přerušování těhotenství, porod mrtvého plodu a úmrtí novorozence. I přesto, že se tyto situace zdají být odlišné, mohou je ženy prožívat naprosto stejně. Díky dnešní včasné diagnostice, žena ví již ve velmi časném stádiu těhotenství, že je těhotná a může se tedy ze svého těhotenství těšit mnohem dříve, než tom bylo například před 30 lety. Takové ženy potom mohou velmi intenzivně prožívat ztrátu svého miminka, i když k ní došlo například v devátém týdnu těhotenství. Není možné bránit ženám v jejich truchlení či snad k nim přistupovat jakoby se nic nestalo, musíme vzít na vědomí, že se jednalo o jejich těhotenství, o jejich očekávané dítě a nemůžeme brát v úvahu, zda to bylo těhotenství první či páté. Každé je zcela

jedinečné, stejně jako každý člověk. To je to, k čemu se zdravotníci často uchylují. Jelikož je třeba nenapadá, co ženě, která přišla o dítě, říct, vyřknou mnohdy něco, co naopak ženu o to víc zraní. Lebdušková (2014) uvádí takový typ nevhodné reakce: „*Je mi to líto. Není tam srdeční akce. Takhle končí 20 procent těhotenství. Ale jinak to vypadá, že jste zdravá, takže s největší pravděpodobností mít děti ještě můžete.*“ Nebo další ilustrativní ukázkou může být: „*Máte děti? - No vidíte, některé ženské ani to nemají.*“ (Lebdušková, 2014, s. 22). Dále autorka uvádí, že často je mrtvé dítě označováno pojmem to, který je velmi nekorektní, jedná se přece o dítě (Lebdušková, 2014). Toto jsou typy reakcí, se kterými jsme se setkali i v rámci odpovědí některých respondentek. Jelikož se problematice umírání a smrti nevěnuje tolik pozornosti, je mnohem obtížnější ohledně tohoto tématu něco nového rozšířit a tím snad změnit zaběhnutý stav komunikace. Další výčet toho, co rodičům neříkat, uvádí Perinatální hospic. Jedná se o komunikaci s rodiči, kteří jsou konfrontováni závažnou diagnózou svého nenarozeného či již narozeného novorozence. Rodičům by se nemělo říkat, že diagnóza je neslučitelná se životem, že s touto diagnózou bude dítě či rodina pouze trpět, nepoužívejte slovo vegetativní v souvislosti s kvalitou života dítěte, nepředpovídejte případný rozvrat vztahu rodičů, neznevažujte smysl života, který rodiče dítěte vidí, neubírejte na individualitě dítěte, nenaznačujte, že je nahraditelné, neříkejte, že nemůžete pro rodiče nic udělat, úplně stačí empaticky přistupovat, nedávejte rodičům falešné naděje, vymezte upřímně limity současné medicíny, pokud rodiče dítě pojmenovali, užívejte při komunikaci jeho jméno, projeďte úctu k dítěti (www.perinatálníhospic.cz). Výše jmenované zásady by měly být jakýmsi zlatým standardem komunikace s rodiči. Jak však ukázal výzkum, pro respondentky nebylo zcela přirozené reagovat v souladu s těmito zásadami.

V teoretické části práce bylo uvedeno, že problematice umírání a smrti, výuce thanatologie, není ve studiu porodní asistence věnována dostatečná pozornost, toto potvrzují i výsledky práce Posouzení edukační potřeby smrti v povolání porodní asistentky (Doucha, 2013). O této skutečnosti jsme se přesvědčili i v rámci výzkumu této práce. Pro studentky 3. ročníku porodní asistence Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně byla přednáška Umírání a smrt v práci porodní asistentky první přednáškou na toto téma. Pokud bereme v úvahu, že přednáška byla prezentována v listopadu a po ní navazoval blok výuky porodní asistence na téma porodu mrtvého plodu, je to velmi málo pozornosti věnované tak důležitému tématu. V zahraničí je situace odlišná. Ve Spojeném Království existuje organizace SANDS-The Stillbirth and Neonatal Death Society, která se zabývá případy narození mrtvého dítěte

a úmrtí novorozenců. Tato společnost zdůrazňuje, že všichni zdravotničtí pracovníci mají mít přístup ke vzdělávání, které zajistí, aby v rodinách s touto ztrátou mohli adekvátně poskytovat péči (www.uk-sands.org). Důležitost vhodného přístupu k rodičům, respektive ženě s perinatální ztrátou ilustruje zpověď jedné ženy z Velké Británie: „*Vždycky si budu pamatovat porodní asistentku, která o nás pečovala v průběhu porodu, a když se náš nádherný syn narodil mrtvý. Ona dokázala přetvořit tak hroznou událost do něčeho tak vzácného. Pomohla mu na svět s takovou láskou a péčí.*“ (www.uk-sands.org). Ve Spojených státech amerických existuje největší počet programů perinatální hospicové péče (www.perinatalhospice.org). Perinatální hospicová péče je komplexní péče poskytovaná rodičům a jejich dítěti, kterému byla diagnostikována závažná nemoc, u které se očekává, že výrazně limituje délku života, nebo je určena rodičům, kterým dítě zemřelo již v průběhu těhotenství a oni jej chtějí přivést na svět důstojně a s úctou. V zahraničí probíhá řada výzkumů, která se orientuje na perinatální paliativní péči, důležitost znalosti tohoto přístupu potvrzuje i závěr odborného článku z *Journal of Palliative Medicine*, kde je shrnuto, že všichni poskytovatelé akutní zdravotnické péče musí znát postupy paliativní péče (*Journal of Palliative Medicine*, 2007). V České republice zatím neexistuje žádné centrum či zdravotnické zařízení, v jehož rámci by perinatální hospicová péče byla poskytována.

Z výsledků práce vidíme, že respondentky nepřikládaly situaci ženy po umělém přerušení těhotenství takový důraz jako třeba ženě při porodu mrtvého plodu. Při tom se jedná o stejnou perinatální ztrátu, žena přichází o své dítě, ať už je rozhodnutí pro podstoupení tohoto zákroku jakékoli, neměly by pocity ženy být přehlíženy. „*Postrádám obyčejné slušné chování. Přála bych si, aby se mnou lékaři mluvili a nechovali se ke mně jako ke kusu masa.*“ (Lebdušková, 2014, s. 64).

Největší pokrok v odpovědích respondentek byl zaznamenán v situaci porodu mrtvého plodu. Respondentky po přednášce uváděly doporučení, návody pro komunikaci, které jim přednáška nabídla. Právě situace porodu mrtvého plodu je v zahraničí běžně řešena v perinatálních hospicích či v porodnicích, kde je perinatální hospicová péče poskytována. Nepředstavujme si perinatální hospic pouze jako místo, ale spíše jako způsob péče napříč těhotenstvím, porodem a smrtí miminka, takto to lze začlenit do standardní péče během těhotenství a porodu kdekoli. I v oblastech bez oficiálního programu tak mohou rodiče získat zážitek pro sebe a své dítě plný lásky s pomocí zdravotnických pracovníků, rodiny, přátel v duchu hospicové péče (www.perinatalhospice.org).

Respondentky ve svých odpovědích velice často odkazovaly na jiné odborníky, dalo by se říct, že se trochu zbavovaly odpovědnosti poskytnout ženě případně páru adekvátní podporu. Přitom je zcela běžné, že krizovou intervenci poskytují právě pracovníci ve zdravotnictví, než stihne daný člověk konkrétní pomoc vyhledat. Je dobré si rovněž uvědomit, že díky neochotě lidí navštěvovat odborníky z řad psychologů či psychiatrů, může být porodní asistentka jako člověk v pomáhající profesi jediná, s kým je nebo by byla žena ochotná rozebrat to, co ji trápí. Ovšem, jak uvádí Špatenková (2013) to, že je člověk profesionálem v pomáhající profesi ještě neznamená, že bude dobrým poradcem pro pozůstalé (Špatenková, 2013). Tato skutečnost se potvrdila i výzkumem práce, kde je vidět, že respondentky by s komunikací, potažmo tedy i s poradenstvím ženě s perinatální ztrátou měly větší či menší obtíže. Proto je dobré proces truchlení zahrnout do výuky zdravotnických oborů, aby zdravotničtí pracovníci dokázali pomoci v adaptaci na situaci ztráty blízkého člověka. „*Například truchlení rodičů nad smrtí dítěte je normální souhrn reakcí na nenormální situaci (nikdo z nás neočekává, že přežije vlastní dítě). Cokoli se objeví, je normální. Zármutek rodičů je intenzivní a komplikovaný sám o sobě.*“ (Špatenková, 2013, s. 37). Pro rodiče je velmi důležité prožít ten zármutek, mít možnost truchlit a nedusit to uvnitř sebe. V zahraničí je dokonce běžné, že po porodu mrtvého dítěte mají rodiče možnost si ho ve speciální chladicí kolébce odnést na krátký čas domů a rozloučit se s novorozencem dle vlastních představ. Pro kontrast uvedme, že u nás nejenže taková možnost není, ale pokud se dítě rodí na hranici 22. týdne, který je rozhodující pro to, zda se jedná o potrat či porod, takže pokud se narodí byť jen pár minut před 22. týdne těhotenství, je s ním nakládáno jako s potraceným plodem, který není rodičům ani ukázán a je odstraněn v igelitovém pytli. „*Dodnes si intenzivně pamatuji ten moment, kdy jsem porodila jednoho, pak druhého, nakonec placenty. Zašustil igelit a bylo po všem. Plakali jsme s manželem oba, bylo to velké utrpení.*“ (Lebdušková, 2014, s. 41). V zahraničí je běžně dítěti i rodičům poskytována paliativní péče. Existuje řada programů, které poskytují paliativní péči například v nemocnicích, hospicích, v domácí péči, ale i v komunitní péči. Této péči a jejímu zdokonalování se věnuje řada odborníků (New England Journal of Medicine, 2004).

Z výsledků práce je zřejmé, že této problematice je potřeba se věnovat stále více, učit budoucí porodní asistentky, ale i porodní asistentky z praxe. Dobrým zhodnocením by bylo zkusit situace, které respondentky zodpovídaly, nechat zodpovědět ty samé respondentky znovu s delším časovým odstupem. Zároveň by bylo přínosné tuto samou přednášku

s vyplňováním dotazníku v podobě situací před přednáškou i po přednášce umožnit absolvovat porodním asistentkám z praxe.

5.2 Doporučení pro praxi

Problematika umírání a smrti je tématem, se kterým si obor porodní asistence spojí málokdo. Při hlubším poznání dojdeme k tomu, že právě v tomto oboru se s touto problematikou setkáváme v takových situacích, na které by bylo lepší se nějak připravit. Nutnost věnovat se této problematice potvrzují i samotné ženy, které zakládají množství internetových fór, ve kterých se sdružují a poskytují si cenné rady. Porodní asistentka by měla být v této problematice natolik zorientovaná, aby ženě, která je perinatální ztrátou konfrontována, mohla dát konkrétní doporučení alespoň v podobě odkazu na tyto skupiny žen nebo pomoc psychologa.

Jako možné doporučení pro praxi je realizování praktického kurzu, který by mohly porodní asistentky absolvovat. Na takovém kurzu by se mimo užitečných informací z přednášky, mohly naučit komunikovat ve vzorových situacích. Realizování takového kurzu by ovšem bylo potřeba konzultovat s dalšími odborníky z praxe, kteří se touto problematikou zabývají. S jejich pomocí či konzultací by takový kurz mohl vzniknout. Samy porodní asistentky v předvýzkumu uvedly, že by jej uvítaly.

Z výzkumu samotného vyplynulo, že při studiu porodní asistence není této problematice věnováno tolik prostoru, kterého by bylo potřeba. Úroveň komunikace studentek v situaci perinatální ztráty není příliš vysoká, proto by bylo vhodné se na toto zaměřit. Je jasné, že vše nelze stihnout při výuce ve škole, proto by bylo vhodné, kdyby při vzniku první kompletní učebnice porodní asistence mohla této problematice být věnována dostatečná pozornost v podobě samostatně zpracované kapitoly zaměřené na tak potřebnou komunikaci a krizovou intervenci v těchto situacích, protože právě porodní asistentky jsou první, kdo s ženami v situaci perinatální ztráty jedná.

Práce jako možné řešení v této situaci předkládá brožuru (viz Příloha č. 4), která se zaměřuje na komunikaci se ženou při perinatální ztrátě. Tato brožura by mohla být například součástí oddělení, kde by do ní mohly porodní asistentky nahlédnout, pokud by pečovaly o ženu při perinatální ztrátě.

Závěr

Diplomová práce s názvem Umírání a smrt v práci porodní asistentky byla zaměřena na úroveň komunikace budoucích porodních asistentek se ženou při perinatální ztrátě.

Výzkum proběhl u studentek 3. ročníku porodní asistence Fakulty humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. Pro studentky byla připravena přednáška na téma umírání a smrt v práci porodní asistentky. Před přednáškou byl studentkám rozdán dotazník s čtyřmi otevřenými položkami, které byly zaměřeny na komunikaci se ženou v situaci spontánního potratu, zákroku umělého přerušení těhotenství, porodu mrtvého plodu a úmrtí novorozence. Studentky byly požádány, aby zapsaly své odpovědi na tyto situace před přednáškou. Následovala přednáška, která je seznamovala s komunikací porodní asistentky se ženou v situaci perinatální ztráty, předkládala návod pro krizovou intervenci, uvedla doporučení. Po přednášce byly studentky požádány, aby zaznamenaly své odpovědi na ty samé situace znovu. Na základě toho, mohlo dojít k porovnání odpovědí respondentek.

Z výsledků práce jasně vyplývá, že úroveň komunikace respondentek před přednáškou byla na nízké úrovni, respondentky nevěděly, jak se v dané konkrétní situaci perinatální ztráty zachovat, jako odpovědi se vyskytovaly zcela nevhodná doporučení. Ojedinele se objevila vhodná odpověď či reakce pro konkrétní situaci perinatální ztráty. Z výsledků práce jasně vyplývá, že je nutné se zabývat problematikou umírání a smrti v povolání porodní asistentky. Toto tvrzení dokládají odpovědi respondentek před přednáškou a zároveň odpovědi respondentek, které situace zodpověděly pouze před přednáškou s tvrzením, že by po přednášce své odpovědi neměnily. Právě jejich odpovědi, které vykazují velmi nízkou úroveň komunikace, dokládají, že je velmi potřebné se touto problematikou nadále zabývat a věnovat se jí.

Z výzkumu nelze jednoznačně určit, zda se studentky porodní asistence cítí být připraveny na konfrontaci se situací perinatální ztráty. Odpovědi respondentek po přednášce byla na velmi dobré úrovni komunikace. Doporučení, která jsou zcela nevhodná, se vyskytovala zcela ojedinele, téměř vůbec. Z výzkumu dále vyplývá, že studentky porodní asistence před přednáškou neznaly postupy krizové intervence. Z obsahu jejich odpovědí

před přednáškou je zřejmé, že krizová intervence je pro studentky neznámá, nebyla uvedena. V odpovědích po přednášce se postupy krizové intervence objevovaly velmi často.

Posledním dílčím cílem práce bylo vytvořit brožuru, která by byla zaměřena na komunikaci a vhodné postupy v situaci perinatální ztráty. Tento cíl práce splnila, brožura je součástí práce jako příloha.

Díky porovnávání odpovědí respondentek na situace perinatální ztráty před přednáškou a po přednášce jasně vidíme, že vhodnou edukací lze změnit úroveň komunikace budoucích porodních asistentek. Z výsledků práce lze stanovit, že je více potřeba snažit se připravit již v pregraduálním systému vzdělávání studentky na tuto konfrontaci. Rovněž by bylo přínosné, pokud by vznikl kurz praktického výcviku komunikace týkající se problematiky umírání a smrti v práci porodní asistentky. Tuto skutečnost potvrdily i samotné porodní asistentky v předvýzkumu této práce.

Souhrn

Diplomová práce je zaměřena na problematiku umírání a smrti v práci porodní asistentky. Hlavním cílem práce bylo zjistit úroveň komunikace studentek porodní asistence. Byl realizován předvýzkum pro zaměření diplomové práce, z jeho výsledků vyplynulo, že porodní asistentky se cítí být nejméně připraveny na konfrontaci se smrtí ohledně komunikačních dovedností. Na základě předvýzkumu byl realizován výzkum zaměřený na komunikaci u studentek 3. ročníku porodní asistence. Byla sestavena přednáška zaměřená na problematiku umírání a smrti a komunikaci v práci porodní asistentky. K této přednášce byly sestaveny čtyři modelové situace ve formě dotazníku s otevřenými položkami, na které respondentky odpovídaly před přednáškou a po přednášce. Následně byly kvalitativně srovnávány jejich odpovědi metodou konverzační analýzy, zda se díky absolvování přednášky nějak změnily. Výsledky jsou prezentovány v podobě přehledných diagramů. Z výsledků práce vyplývá, že respondentky před přednáškou buďto reagovaly v daných situacích neadekvátně, nebo zcela nevěděly, jak se zachovat. Po přednášce užívaly doporučení, které jim přednáška předložila, jejich reakce byly korektní. Práce poukazuje na aktuálnost a důležitost tohoto nepříliš populárního tématu.

Summary

This thesis is concentrated on issue of dying and death in the profession of midwife. Main target of this thesis was to find out the level of communication of students of midwifery. There was realized a preliminary research for focus of thesis, his results showed, that midwives felt to be the least prepared about communication skills. Based on preliminary research there was realized research focused on communication of students of third year of midwifery. There was compiled the lecture focused on the issue of dying and death and communication in the profession of midwife. There were compiled four model situations in the form of a questionnaire with open items to this lecture, which respondents answered before the lecture and after the lecture. Then their answers were qualitatively compared by method of conversation analysis, whether through the lecture somehow changed. The results are presented in the form of clear diagrams. The results of this thesis show, that respondents before lecture either responded inadequately or did not know how to maintain in these situations. After the lecture they used recommendation, which the lecture submit them, their responses were correct. The thesis highlights the timeliness and importance of this unpopular topic.

Referenční seznam

1. BLUMENTHAL-BARBY, Kay. 1987. *Kapitoly z thanatologie*. Praha: Avicenum. 149 s. Bez ISBN.
2. BRABEC, Ladislav. 1991. *Křesťanská thanatologie*. Praha: GEMMA89. 118 s. ISBN 80-85206-06-4.
3. BRANDON, Debra, Scharron L. DOCHERTY a Joshua THORPE. 2007. Infant and Child Deaths in Acute Care Settings: Implications for Palliative Care. *Journal of Palliative Medicine*, č. 10. ISSN 910-918.
4. Catlin, A., Carter, B. 2002. Creation of a neonatal end of life palliative care protocol. *Journal of Perinatology*, č. 22. ISSN 184–195.
5. ČECH, Evžen, Zdeněk HÁJEK, Karel MARŠÁL a Bedřich SRP. 2006. *Porodnictví. 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada. 544 s. ISBN 978-80-247-1303-8.
6. DAVIES, Douglas J. 2007. *Stručné dějiny smrti*. Praha: VOLVOX GLOBATOR. 186 s. ISBN 978-80-7207-628-4.
7. DOUCHA, Marie. 2014. Konfrontace porodní asistentky se smrtí. *Zdravotnictví a medicína*, č. 15. ISSN 2336-2987.
8. DOUCHA, Marie. 2013. *Posouzení edukační potřeby tématu smrti v povolání porodní asistentky*. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. 52 s., 4 l. příl. Vedoucí bakalářské práce PhDr. Radka Wilhelmová.
9. HAŠKOVCOVÁ, Helena. 2002. *Lékařská etika*. Praha: Galén. 272 s. ISBN 80-7262-132-7.
10. HAŠKOVCOVÁ, Helena. 1975. *Rub života - líc smrti*. Praha: Orbis. 174 s. Bez ISBN.
11. HAŠKOVCOVÁ, Helena. 2007. *Thanatologie: Nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén. 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.
12. HENDL, Jan. 2005. *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. Praha: Portál. 407 s. ISBN 80-7367-040-2.

13. Himmelstein, B. P., Hilden, J. M., Boldt, A. M., Weissman, D. 2004. Pediatric palliative care. *New England Journal of Medicine*, č. 17. ISSN 1752-1762.
14. CHRÁSKA, Miroslav. 2007. *Metody pedagogického výzkumu*. Praha: Grada. 265 s. ISBN 978-80-247-1369-4.
15. KELNAROVÁ, Jarmila. 2007. *Tanatologie v ošetrovatelství*. Brno: Littera. 112 s. ISBN 978-80-85763-36-2.
16. KÜBLER-ROSSOVÁ, Elisabeth. 1993. *O smrti a umírání*. Turnov: Arica. 251 s. ISBN 80-900134-6-5.
17. KÜBLER-ROSSOVÁ, Elisabeth. 1992. *O životě po smrti*. Turnov: Arica. 68 s. ISBN 80-900134-7-3.
18. LEBDUŠKOVÁ, Lucie. 2014. *Čekala jsem miminko, ale...: Příběhy o ztrátě dítěte v těhotenství*. 2014. vyd. Praha: TOPLIL. 207 s. ISBN 978-80-905261-1-2.
19. MOODY, Raymond A. 1991. *Život po životě. Úvahy o životě po životě. Světlo po životě*. Praha: Euromedia Group - Odeon. 323 s. ISBN 80-207-0314-4.
20. *Nové universum*. 2003. Praha: Knižní klub. 1303 s. ISBN 80-242-1069-X.
21. *Ottova encyklopedie A-Ž*. 2010. Praha: Ottovo nakladatelství. 1144 s. ISBN 978-80-7360-014-3.
22. Perinatální hospic | perinatální hospicová a paliativní péče. *Perinatální hospic* [online]. 2013 [cit. 2015-03-08]. Dostupné z: <http://perinatalnihospic.cz/2013/12/30/komunikace-s-rodici-co-nerikat/>
23. Perinatal hospice and palliative care support. *Perinatal Hospice and Palliative Care* [online]. 2015 [cit. 2015-03-08]. Dostupné z: http://perinatalhospice.org/Parent_voices.html
24. Professionals | Sands - Stillbirth and neonatal death charity. *Sands - Stillbirth and neonatal death charity* [online]. 2015 [cit. 2015-02-02]. Dostupné z: <https://www.uk-sands.org/professionals>

25. ŠPATENKOVÁ, Naděžda. 2013. *Poradenství pro pozůstalé: Principy, proces, metody*. 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada. 223 s. ISBN 978-80-247-3736-2.
26. ŠPINKOVÁ, Martina a Štěpán ŠPINKA. 2006. *Euthanasie: Víme o čem mluvíme?*. Praha: Cesta domů. 42 s. ISBN 80-239-8592-2.
27. Vyhláška ministerstva zdravotnictví České socialistické republiky o povinném hlášení ukončení těhotenství, úmrtí dítěte a úmrtí matky. In: *11/1988 Sb.* 1988. Dostupné z: <http://www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?cz=11&r=1988>
28. Zákon o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon). In: *Sbírka zákonů*. 2002, č. 285.
29. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Sbírka zákonů*. 2011, č. 372.

Přílohy

Příloha č. 1 – Dotazník předvýzkumu

Příloha č. 2 – Přednáška

Příloha č. 3 – Dotazník s otevřenými položkami

Příloha č. 4 - Brožura

Příloha č. 1 - Dotazník předvýzkumu

Dotazník pro zaměření diplomové práce

Vážená porodní asistentko,

prosím o vyplnění dotazníku, který je zaměřen na oblast smrti v práci porodní asistentky. Jeho analýza bude sloužit jako podklad pro vypracování diplomové práce, ve které bych chtěla reflektovat na Vaše potřeby při zvládání práce s umírajícími a pozůstalými.

Cílem práce bude vytvoření edukačního materiálu, který by sloužil jako opora ve zmíněné situaci.

Vyplnění dotazníku Vám zabere přibližně 10 minut. Dotazník obsahuje celkem 8 položek, pouze u první položky je požadováno rozepsání odpovědi, u ostatních položek stačí vybranou odpověď označit. Pokud dotazník vyplňujete v počítači, stačí vybranou odpověď odlišit barevně.

Předem velmi děkuji za Váš čas.

Bc. Marie Doucha

1. Myslíte si, že je v povolání porodní asistentky potřeba se zabývat problematikou umírání a smrti? Napište prosím své zdůvodnění:

2. Setkáváte se ve své práci s umíráním a smrtí?

- Ne nikdy
- Občas
- Velmi často

3. Cítíte se být na konfrontaci se smrtí připravená z hlediska **teoretických znalostí**?

- Velmi dobře
- Částečně
- Spíše nepřípravena

4. Cítíte se být na konfrontaci se smrtí připravená z hlediska **komunikačních dovedností** s umírajícím a pozůstalými?

- Velmi dobře
- Částečně
- Spíše nepřípravena

5. Cítíte se být na konfrontaci se smrtí připravená z hlediska **praktických dovedností** s umírajícím a zemřelým?

- Velmi dobře
- Částečně
- Spíše nepřípravena

6. Ocenila byste vytvoření **tištěné opory**, která by Vám mohla pomoci lépe zvládnout situace související s umíráním a smrtí?

- Ano, velice
- Spíše ano
- Spíše ne
- Určitě ne

7. Ocenila byste absolvování **kurzu**, který by Vám mohla pomoci lépe zvládnout situace související s umíráním a smrtí?

- Ano, velice
- Spíše ano
- Spíše ne
- Určitě ne

8. Na jakém oddělení prosím pracujete?

- Porodní sál
- Novorozenecké oddělení
- Onkologické oddělení
- Gynekologické oddělení
- Ambulance
- JIP
- Novorozenecká JIP
- Jiné pracoviště:.....

Velice děkuji za Váš čas a přeji Vám příjemné prožití svátků vánočních a mnoho úspěchů a zdraví do nového roku 2014.

Příloha č. 2 - Přednáška

Umírání a smrt v povolání porodní asistentky

Bc. Marie Doucha
10.11.2014

Konfrontace porodní asistentky se smrtí

- Perinatální ztráta
potraty, interrupce
porod mrtvého plodu
intrapartální, perinatální úmrtí
- Terminální stádia
onkologicky nemocné pacientky

Konfrontace porodní asistentky se smrtí

- Nutnost jednat okamžitě
- Navázat komunikaci
- Péče v průběhu hospitalizace
- Truchlení
- Pozůstalí

Komunikace se ženou s perinatální ztrátou

- Silné emoce
vzteky
smutek
popření
snížené sebehodnocení
bezradějí
pocit viny
zoufalství
prázdnota
apatie

Komunikace se ženou s perinatální ztrátou

- Nezrcadlit emoce
- Vědomě se snažit chovat uvolněně
- Používat empatické chápací věty „*Cítím, že se hněváte, nechám vás a vrátím se za 5 minut.*“
- Nedávat falešné naděje
- Snažit se sdělit informace, co nejvíce pravdy
- Při neochotě komunikovat přivolat třetí osobu

Komunikace se ženou s perinatální ztrátou

- Umožnit vyventilovat emoce
- Projevit účast
- Mohu říct, co cítím, vlastní emoce

Krizová intervence

- Okamžitá pomoc člověku v krizi
- Není hloubková, řeší tady a teď
- Redukce ohrožení
- Navodit pocit bezpečí
- Ventilovat aktuální emoce
- Emocionální opora
- Dodání naděje
- Nezkreslovat realitu

Truchlení

- Proces zpracování ztráty
- Dlouhodobé
- Každý truchlí jinak
- Snažit se ženu připravit na to, co ji čeká doma
- Truchlení za vzpomínku, dvojčata
- Rituály
- Psaní deníku, dopis miminku

Doporučení

- Jedinečný vztah matka x dítě
- Pietnější prostředí
- Nepoužívat eufemismy, pojmenovat skutečnost
- Nikdy nepodceňovat výhružky sebevraždou
- Být se ženou i mlčky

Doporučení

- Kontakt s psychologem
- Svěpomocné skupiny žen
- Webová fóra
- Změna vztahu k okolí
- Nebát se říct si o pomoc

Literatura

- ČECH, Evžen, Zdeněk HÁJEK, Karel MARŠÁL a Bedřich SRP. *Porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1303-8.
- DOUCHA, Marie. Konfrontace porodní asistentky se smrtí. *Zdravotnictví a medicína*. 2014, č. 15.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-7262-132-7.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: Nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-471-3.
- KÜBLER-ROSSOVÁ, Elisabeth. *O smrti a umírání*. Turnov: Arica, 1993. ISBN 80-900134-6-5.
- LEBDUŠKOVÁ, Lucie. *Čekala jsem miminko, ale... Příběhy o ztrátě dítěte v těhotenství*. 2014. vyd. Praha: TOPLIL, 2014. ISBN 978-80-905261-1-2.
- ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Poradenství pro pozůstalé: Principy, proces, metody*. 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-3736-2.

Příloha č. 3 - Dotazník s otevřenými položkami

Dobrý den,

vážená kolegyně,

jmenuji se Marie Doucha, jsem porodní asistentka a pro potřeby zpracování diplomové práce Vás chci požádat o zodpovězení otázek ve čtyřech situacích, se kterými se můžete běžně v práci porodní asistentky setkat. Nyní, prosím, vyplňte pouze první stranu, po přednášce vyplníte stranu druhou. Každou situaci si přečtete a pokuste se do dané chvíle co nejvíce vžít, k odpovědi postačí jedna nebo dvě věty, které Vás napadnou jako první.

Vaše odpovědi budou zcela anonymní a budou sloužit pouze pro účel zpracování diplomové práce na téma Umírání a smrt v povolání porodní asistentky na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci.

Předem Vám velmi děkuji za Váš čas.

Bc. Marie Doucha

PŘED PŘEDNÁŠKOU

1. Na oddělení, kde pracujete, je přijata žena v 16. týdnu těhotenství, která krvácí, bolí ji v podbřišku. Jak s ní budete komunikovat? Co jí řeknete, když se Vás zeptá, co bude dál?

2. Žena, která byla přivezena ze zákroku umělého přerušení těhotenství, pláče. Budete to spíše přehlížet a příkládat situaci, nebo se jí zeptáte, co ji trápí?

PO PŘEDNÁŠCE

1. Na oddělení, kde pracujete, je přijata žena v 16. týdnu těhotenství, která krvácí, bolí ji v podbřišku. Jak s ní budete komunikovat? Co jí řeknete, když se Vás zeptá, co bude dál?

2. Žena, která byla přivezena ze zákroku umělého přerušení těhotenství, pláče. Budete to spíše přehlížet a přikládat situaci nebo se jí zeptáte, co jí trápí?

3. Jste na porodním sále, pečujete o ženu, která je přijata k indukci porodu mrtvého plodu v 38. týdnu těhotenství. Jak s touto ženou navážete komunikaci?

4. Pracujete na oddělení, kde právě propouštíte ženu 3. den po porodu, v noci jí zemřelo dítě, které se narodilo s těžkou vrozenou vývojovou vadou. Je něco, co byste chtěla nebo mohla této ženě (případně oběma rodičům) říct, doporučit?

Příloha č. 4 - Brožura

Brožura je vložena v kapse diplomové práce jako samostatná příloha.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Marie Doucha
Katedra:	Katedra antropologie a zdravotní vědy
Vedoucí práce:	PhDr. Mgr. Jitka Tomanová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2015

Název práce:	Umírání a smrt v povolání porodní asistentky
Název v angličtině:	Dying and death in the profession of midwife
Anotace práce:	Diplomová práce se zabývá problematikou umírání a smrti v porodní asistenci. První část práce se věnuje teoretickým poznatkům k problematice umírání a smrti, je předložen stručný souhrn filosofických poznatků, vymezení základních pojmů, vzdělávání ohledně umírání a smrti a samostatná kapitola umírání a smrt v porodní asistenci. Druhá část práce je věnována metodice, výzkumu a výsledkům práce. Zpracovaná data vychází z odpovědí respondentek, kterými byly studentky třetího ročníku porodní asistence Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně.
Klíčová slova:	umírání, smrt, porodní asistence, potrat, eutanazie, vzdělávání, komunikace, perinatální ztráta
Anotace v angličtině:	This thesis deals with the issue of death and dying in midwifery. The first part is devoted to theoretical knowledge on the issue of dying and death is presented in a concise summary of philosophical knowledge, basic concepts, education regarding death and dying , separate chapter dying and death in midwifery. The second part is devoted to methodology , the results of research work. Data processing based on responses from respondents, who were third-year students of midwifery at Tomáš Baťa University in Zlín.

Klíčová slova v angličtině:	dying, death, midwifery, abortion, euthanasia, education, communication, perinatal loss
Přílohy vázané v práci:	Příloha č. 1 – Dotazník předvýzkumu Příloha č. 2 – Přednáška Umírání a smrt v povolání porodní asistentky Příloha č. 3 – Dotazník s otevřenými položkami Příloha č. 4 – Brožura (přiložena samostatně v kapse diplomové práce)
Rozsah práce:	74 stran, 9 stran příloh
Jazyk práce:	čeština