

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav porodní asistence

Natálie Stavrovská

Perinatální ztráta

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. et Bc. Daniela Javornická

Olomouc 2022

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

Olomouc 28. dubna 2022

.....

podpis

Děkuji paní Mgr. et Bc. Daniele Javornické za odborné vedení mé přehledové bakalářské práce, za její cenné připomínky, rady, ochotu a čas, který mi věnovala.

ANOTACE

Typ závěrečné práce:	Bakalářská práce
Téma závěrečné práce:	Perinatální ztráta
Název práce:	Perinatální ztráta
Název práce v AJ:	Perinatal loss
Datum zadání:	2021-11-30
Datum odevzdání:	2022-04-28
Vysoká škola, fakulta, ústav:	Univerzita Palackého v Olomouci Fakulta zdravotnických věd Ústav porodní asistence
Autor práce:	Natálie Stavrovská
Vedoucí práce:	Mgr. et Bc. Daniela Javornická
Oponent práce:	Mgr. Šárka Vévodová, Ph.D.

Abstrakt v ČJ: Přehledová bakalářská práce se zabývá problematikou perinatální ztráty. Práce předkládá publikované aktuální poznatky, týkající se globální komplexnosti a závažnosti problematiky perinatální ztráty. Rozdílné definice perinatální ztráty a stigma, které je s touto ztrátou spojené, přispívají k nejednotnému vykazování mrtvých plodů. Práce se věnuje také příčinám intrauterinního úmrtí plodu, které je rozdílné ve vyspělých a rozvojových zemích. V neposlední řadě je část bakalářské práce věnována vedení porodu mrtvého plodu a péči porodní asistentky o rodičku a její rodinu po této ztrátě. Samotná událost je pro rodiče velmi bolestivá a traumatizující. Porodní asistentky by měly být schopny poskytnout adekvátní a kvalitní péči a oporu těmto rodičům. Dohledané poznatky byly nalezeny v databázích jako je PubMed, EBSCO a Google Scholar.

Abstrakt v AJ: This overview bachelor thesis focuses on the issue of perinatal loss. The thesis presents current published knowledge concerning the global complexity and severity of perinatal loss. Different definitions of perinatal loss and the stigma associated with this loss contribute to inconsistent reporting of deceased. The work also concentrates on the causes of intrauterine fetal death, which is different in developed and developing countries. Last but not

least, a part of the bachelor's thesis is dedicated to the management of stillbirth and midwifery care for the mother and her family after this loss. The incident itself is very painful and traumatic for the parents. Midwives should be able to provide adequate and high care and support to these parents. The data used in this thesis been found in databases such as PubMed, EBSCO and Google Scholar.

Klíčová slova v ČJ: perinatální ztráta, psychosociální podpora, porod mrtvého plodu, péče porodní asistentky, proces truchlení

Klíčová slova v AJ: perinatal loss, psychosocial support, stillbirth, midwife care, process of mourning

Rozsah: 36 stran/2 přílohy

Obsah

ÚVOD	7
1 POPIS REŠERŠNÍ ČINNOSTI	9
2 Význam pojmu perinatální ztráta a komplexnost této problematiky	11
2.1 Perinatální období, perinatální úmrtnost, mrtvý plod.....	13
2.2 Intrauterinní úmrtí plodu	17
2.3 Péče porodní asistentky během perinatální ztráty a po ní	20
VÝZNAM A LIMITACE DOHLEDANÝCH POZNATKŮ	30
ZÁVĚR.....	31
REFERENČNÍ SEZNAM.....	32
SEZNAM ZKRATEK.....	35
SEZNAM PŘÍLOH.....	36

ÚVOD

Perinatální ztráta je komplexní a bolestivá událost, která velmi silně ovlivňuje nastávající rodiče, ale také zdravotnický personál na gynekologicko – porodnickém a novorozeneckém oddělení. Heterogenita definic a klasifikace perinatální ztráty v každém legislativním systému ztěžuje analýzu a srovnání závažnosti této problematiky napříč celým světem (Gandino et al., 2019, s. neuvedena).

Perinatální ztráta bývá označována také za ztrátu anticipační, ztrátu budoucnosti. Rodiče při očekávání nového člena rodiny mění svůj dosavadní životní styl, svoje zázemí. Dítě představuje pro rodiče naději v lepší budoucnost a život. Během ztráty dítěte rodič ztrácí část sebe samého, část svého já, taktéž dochází ke ztrátě naděje a rodičovských kompetencí. Ve většině případů se u rodičů po perinatální ztrátě objevují fyzické potíže, rodiče se cítí rozrušení, cítí vinu a smutek (Ratislavová, 2016, s. 14).

Lékaři, porodní asistentky a neonatologické sestry jsou nedílnou součástí prožitku z perinatální ztráty. Ve své praxi jsou součástí příběhů žen a rodičů, kteří si touto ztrátou procházejí. Jsou zde ve chvíli, kdy je perinatální ztráta diagnostikována, pečují o ženu a příbuzné během těhotenství a zajišťují péči o ženu při porodu mrtvého nebo umírajícího novorozence. Po perinatální ztrátě jsou ženy hospitalizovány na gynekologickém oddělení, a i zde mají tito zdravotníci své nezastupitelné místo. Dále se setkávají s rodiči na jednotkách intenzivní neonatologické péče. Taktéž tu jsou zdravotníci a ostatní pracovníci pomocných profesí, kteří působí v ambulancích a komunitní péči, a díky tomu mají možnost pracovat s rodinou po perinatální ztrátě dlouhodobě (Ratislavová, 2016, s. 15).

Vhodná péče poskytována zdravotnickým personálem se vyvíjí podle nejnovějších vědeckých poznatků a důkazů, týkajících se oblastí perinatální ztráty a dopadů ztráty dítěte. Základem citlivé komunikace zdravotníků je přístup zaměřený na individuální potřeby pozůstalých rodičů (Flenady et al., 2014, s. 139).

Cílem mé přehledové bakalářské práce je sumarizace aktuálních poznatků, týkajících se problematiky perinatální ztráty. Cíl přehledové bakalářské práce je dále rozdělen na tyto dílčí cíle:

Cíl 1: *Předložit aktuální poznatky o závažnosti problematiky perinatální ztráty*

Cíl 2: *Předložit aktuální poznatky o příčinách perinatální ztráty a způsobu vedení porodu mrtvého plodu*

Cíl 3: *Předložit aktuální poznatky o péči porodní asistentky o rodičku a její rodinu během perinatální ztráty*

Vstupní literatura:

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

ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví. 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-247-5753-7.

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

PROCHÁZKA, M. a kolektiv. *Porodní asistence*. Praha: Maxdorf, 2020. 792 s. ISBN 978-80-7345-618-4.

1 POPIS REŠERŠNÍ ČINNOSTI

ALGORITMUS REŠERŠNÍ ČINNOSTI



VYHLEDÁVACÍ KRITÉRIA:

Klíčová slova v ČJ: perinatální a neonatální úmrtnost, úmrtí plodu, perinatální ztráta, komplikovaný zármutek po perinatální ztrátě, péče o rodinu vyrovnávající se s perinatální ztrátou, perinatální paliativní péče, porod mrtvého plodu, zástava laktace, mléčné banky

Klíčová slova v AJ: perinatal and neonatal mortality, fetal death, perinatal loss, complicated grief after perinatal loss, caring for family coping with perinatal loss, perinatal palliative care, stillbirth, lactation arrest, milk banks

Jazyk: anglický, český

Období: 2012-2022

Další kritéria: recenzovaná periodika



DATABÁZE: PubMed, Google Scholar, EBSCO



Nalezeno 52 dokumentů



VYŘAZUJÍCÍ KRITÉRIA:

- nerecenzovaná periodika
- duplicitní dokumenty
- obsahová nekompatibilita s cíli práce
- kvalifikační práce
- celkem vyřazeno 30 dokumentů



SUMARIZACE VYUŽITÝCH DATABÁZÍ A

DOHLEDANÝCH DOKUMENTŮ:

PubMed – 6 článků

Google Scholar – 8 článků a jeden dokument WHO

EBSCO – 5 článků



SUMARIZACE VYUŽITÝCH PERIODIK A DOKUMENTŮ:

recenzovaná periodika – 19 cizojazyčných článků

knižní publikace – 4 české

ostatní dokumenty – 1 dokument WHO, 1 doporučený postup ČGPS ČLS JEP, 1

perinatologická statistika



Pro tvorbu teoretických východisek bylo použito 22 dohledaných dokumentů a 4 české odborné knihy.

2 Význam pojmu perinatální ztráta a komplexnost této problematiky

Pojem perinatální ztráta představuje úmrtí dítěte v perinatálním období. Součástí této ztráty u ženy/rodičů jsou myšlenky na zemřelé dítě, pocity žalu, bezmoci a smutku. Jedná se o přirozenou reakci, která je označována jako proces truchlení (Ratislavová, 2016, s. 13). Smrt dítěte představuje rozpor s “přirozeným řádem” života. Strádání matky touto ztrátou zasahuje do všech oblastí života. Ovlivňuje přeživší děti, podílí se na vnímání dalšího těhotenství, rodiny trpí narušením vztahů a mohou se u nich vyskytnout finanční problémy (Flenady et al., 2014, s. 137).

Ženy mohou nabýt pocitu, že selhaly a že jsou špatné matky, mohou mít strach ze ztráty partnera (Ratislavová, 2016, s. 14). Zažívají širokou škálu reakcí. Zatímco většina z nich cítí normální reakci na tuto hlubokou ztrátu, určitá část žen může zažít vysoce intenzivní a dlouhodobý zármutek, který může vést k rozvoji deprese, úzkosti a posttraumatické stresové poruše. Péče odborníků je na místě u rodičů, kteří velmi intenzivně prožívají proces truchlení. Nedostatečná a neadekvátní odborná péče o tyto rodiče může zhoršit zkušenost s perinatální ztrátou (Hutti et al., 2017, s. 128–129). Prožitky matky se rovněž odvíjejí od toho, jak je žena na dítě připravená, zda se na něj těší, jak s ním počítá ve svém životě. Velkou roli hraje také vztah k otci dítěte, sociální podmínky a zázemí v rodině (Špaňhelová, 2015, s. 18).

V zemích, kde dochází k největšímu množství úmrtí, mohou být ženy stigmatizovány, obviňovány a odsunuty na okraj společnosti. Ve chvíli, kdy v rodině nejsou zajištěny základní lidské potřeby, jako je dostupnost jídla a přístřeší, rodička pravděpodobně nebude mít čas a zázemí pro truchlení. Na základě průzkumu mezi 2490 zdravotníky v 135 zemích bylo zjištěno, že v částech světa s nízkými a středními příjmy často vůbec nedochází k rituálům, jako je pojmenování dítěte, pohřební obřad nebo oblékání dítěte matkou. Úzké vazby mezi chudobou, vzděláním a ztrátou postavení dostávají ženu po ztrátě dítěte do velmi zranitelné pozice. Ztráta dítěte je spojená s pocity studu, ženy se ocitají v sociální izolaci, a to se podílí na nedostatečné podpoře truchlících matek (Flenady et al., 2014, s. 137).

Výsledky zprávy Světové zdravotnické organizace ukazují, že každý rok zemřou ve světě více než 4 miliony dětí do čtyř týdnů života, z toho 3 miliony dětí zemře v časném novorozeneckém období. Zároveň se odhaduje, že více než 3,3 milionu dětí se narodí mrtvých, z toho každé třetí úmrtí nastane během porodu. Rozvojové země zastupují 98 % úmrtí.

Celosvětově je tedy na základě těchto výsledků evidováno více než 6,3 milionů perinatálních úmrtí ročně (World Health Organization, 2006, s. neuvedena).

V dalším průzkumu mezi 1070 matkami v 32 převážně vyspělých státech, pětina žen, které zažily perinatální ztrátu při porodu mrtvého dítěte, uvedla, že jsou ve společnosti považovány za nečisté a tabu. Polovina žen dále uvedla, že proces truchlení není na veřejnosti přijímán. Další čtyři ženy z pěti žijí v prostředí, kde se od nich očekává, že budou mít další děti a na svou ztrátu zapomenou. Z těchto důvodů mohou ženy smrt dítěte zcela skrývat. Potřeba uznání zemřelých dětí v nich však zůstává. Nedocenená hodnota těchto životů se podílí na nízkém úsilí o snížení počtu mrtvorozenosti a novorozeneckého úmrtí (Flenady et al., 2014, s. 138–139).

Na základě provedené studie v Etiopii se ženy i přes protichůdné názory domnívají, že je potřeba zviditelnit a zdůraznit závažnost problematiky, jako je narození mrtvého dítěte nebo úmrtí dítěte v novorozeneckém období. Statistiky ve studiích z vyspělých zemí, zabývající se vnímáním hodnoty zemřelého dítěte, poukazují na heterogenitu v názorech populace. 18 z 30 (64 %) norských rodičů uvádí, že mrtvě narozené dítě je téměř vždy vnímáno stejně jako zemřelé dítě a 22 z nich (78 %) uvádí, že matky po této ztrátě dostávají plnou podporu. Naproti tomu italská studie s celkovým počtem 390 odpovědí došla k odlišným výsledkům. Pouze 42 (12 %) italských rodičů uvádí, že mrtvě narozené dítě je vnímáno stejně jako zesnulé dítě a 64 (18 %) jich uvádí, že matky po této ztrátě dostávají plnou podporu. (Flenady et al., 2014, s. 138).

2.1 Perinatální období, perinatální úmrtnost, mrtvý plod

Perinatální období

Perinatální období je definováno jako období počínající od viability plodu, přes období porodu, šestinedělí, až do uplynutí 7 dnů po porodu dítěte. Termín viability označuje schopnost plodu narodit se živě a přežít. Hranice viability je stanovená dohodou odborné komunity a historicky se vyvíjí (Ratislavová, 2016, s. 9). V současnosti je ve vyspělých státech Evropy, včetně České republiky, určena hranice viability dokončeným 24. týdnem těhotenství (Roztočil, 2017, s. 535).

Hranice životaschopnosti se neustále vyvíjí a v posledním desetiletí došlo k výrazným změnám. Od roku 1980 došlo ke změně hranice viability z 28. gestačního týdne na 22. až 24. týden. Právní definice životaschopnosti se soustředí pouze na schopnost plodu přežít mimo dělohu matky. Tato definice ale nebere v potaz šance na přežití nebo kvalitu života daného dítěte, a proto je důležité znát hranici, kdy má předčasně narozené dítě významnou šanci na přežití bez těžkého neurologického postižení. To samozřejmě vyvolává mnoho otázek. Co znamená těžké neurologické postižení? Co znamená významná šance na přežití? (Fanczal et al., 2020, s. 1–2).

Období mezi 23 až 24. gestačním týdnem je označováno jako tzv. šedá zóna. Toto období často vytváří konflikt mezi neonatologem a rodiči, zejména v situacích, kdy je prognóza velmi nepříznivá (Kataria et al., 2021, s. 1). Péče o novorozence, narozené v šedé zóně, představuje pro lékaře a zdravotnický personál morální a etické dilema. Zdravotní péče o tyto novorozence se zároveň liší v závislosti na kultuře a společnosti. Jsou země, kde je hranice mezi poskytnutím a odepřením intenzivní péče o novorozence jasná, naproti tomu v jiných zemích mají rodiče možnost podílet se na rozhodnutí (Fanczal et al., 2020, s. 2).

Perinatální úmrtnost

Perinatální úmrtnost lze rozdělit na mrtvorozenost a časnou novorozeneckou úmrtnost. Mrtvorozenost zahrnuje počet mrtvě narozených dětí na 1 000 novorozenců (Ratislavová, 2016, s. 10). Mrtvorozenost zahrnuje úmrtí plodu v průběhu těhotenství, tzv. antepartální úmrtí a úmrtí plodu v průběhu porodu, tzv. intrapartální úmrtí. (Roztočil, 2017, s. 545). V České republice platila hranice mrtvorozenosti hmotností dítěte v době porodu 1000 g a více až do dne 1. 4. 2012. Dne 1. 4. 2012 byl uzákoněn zákon č. 372/2011, o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Tento zákon vzal v potaz doporučení Světové zdravotnické

organizace o sjednocení hranice mezi potratem a porodem. Hranice mrtvorozenosti byla z 1000 g změněna na 500 g a více (Ratislavová, 2016, s. 10).

Česká republika dosahuje v perinatální medicíně vynikajících statistických výsledků mortality, jež patří mezi nejnižší na světě. Mrtvorozenost okolo počtu 350 dětí ročně je zásluhou kvalitní péče zdravotníků o těhotnou ženu, matku a dítě (Ratislavová, 2016, s. 10).

Na mrtvorozenost navazuje časná novorozenecká úmrtnost, jedná se o druhou součást perinatální úmrtnosti (Roztočil, 2017, s. 545). Časná novorozenecká úmrtnost je definována jako počet živě narozených dětí, které zemrou v časném novorozeneckém období na 1000 živě narozených dětí (Ratislavová, 2016, s. 10). Časné novorozenecké úmrtí představuje 73 % veškerých postnatálních úmrtí na celém světě. Etiologie časného novorozeneckého úmrtí má úzkou souvislost s úrovní industrializace států. Vrozené anomálie a předčasné porody patří mezi hlavní příčiny časného novorozeneckého úmrtí v zemích s vysokými příjmy. V zemích s nízkými příjmy lze mnoha stavům, vedoucím k časnému novorozeneckému úmrtí, předejít např. používáním antikoncepce, školením zdravotnického personálu v resuscitačních postupech, dodržováním hygienických zásad během porodu nebo očkováním těhotných žen (Lehtonen et al., 2017, s. 153).

U poloviny předčasných porodů nelze určit příčinu. Mezi průkazné stavy patří urogenitální infekce, uteroplacentární ischemie, patologie děložního hrdla, stres matky, abrupce placenty, nadměrná děložní distenze, oligohydramnion, hypoxie plodu, vrozené vývojové vady a další (Roztočil, 2017, s. 166).

Specifickou skupinu tvoří rodiče, kteří očekávají narození miminka s vadou, která ho významně omezuje na životě. Po stanovení diagnózy jsou rodiče vystavení rozhodnutí, zda ukončit těhotenství nebo v něm pokračovat. V této souvislosti se mluví o poskytování perinatální paliativní péče. Rodiče si vypracovávají porodní přání a rozhodují se, jakým způsobem stráví čas se svým miminkem. Nikdo ale dopředu není schopen říct, jestli bude dítě po porodu žít a jak dlouho (Ratislavová, 2016, s. 15).

Při časném novorozeneckém úmrtí se rodiče často dostávají do situace, kdy musí před úmrtím dítěte učinit řadu nelehkých rozhodnutí. Rodiče se podílejí na rozhodnutích, která ovlivňující způsob vedení porodu, spolurozhodují o pokračování či ukončení péče o jejich dítě na jednotkách intenzivní neonatologické péče. V těchto chvílích mají rodiče možnost vidět své dítě častěji, alespoň na krátký čas o něj mohou pečovat a získávají čas na rozloučení (Ratislavová, 2016, s. 15).

Dle perinatologické statistiky, kterou předkládá Výbor Sekce perinatologie a fetomaternální medicíny České gynekologické a porodnické společnosti a České lékařské

společnosti J.E.Purkyně, proběhlo v loňském roce v České republice celkem 108 160 porodů. Celková perinatální úmrtnost činila 5,08 ‰ a celková mrtvorozenost dosáhla 3,98 ‰. Z těchto dat jasně vyplývá, že mrtvorozenost neboli porod mrtvého plodu, tvoří větší část perinatální mortality (Perinatologie, 2020).

Mrtvý plod

Světová zdravotnická organizace definuje mrtvě narozené dítě od 22. týdne gestace nebo dítě vážící alespoň 500 g nebo s délkou těla 25 cm (Ugwumadu, 2015, s. 217). Definice mrtvě narozeného dítěte na základě gestačního stáří a hmotnosti velmi často vede k nepřesnostem např. v zemích s nízkými příjmy, kde mají ženy pouze omezený přístup k prenatalní péči a ultrazvukovému vyšetření. U mnoha žen je pak správný gestační věk neznámý a míra intrauterinního omezení růstu plodu vysoká. To vede k nízké hmotnosti plodu pro daný gestační věk. Z tohoto důvodu je rozdíl mezi mrtvě narozeným dítětem a potratem, který je zásadní pro určení míry perinatální úmrtnosti, subjektivní (Tanaka et al., 2010, s. 317).

Narození mrtvého dítěte je v různých zemích a regionech definováno rozdílně. V zemích s nízkými či středními příjmy lidé stále věří, že příčiny mrtvě narozeného dítěte jsou nadpřirozené nebo jsou způsobeny matčinými hříchy a přestupky. Tyto matky jsou stigmatizované a zarmoucené, jejich mrtvé děti nejsou uznány ani započítány v žádném oficiálním dokumentu, a proto je celkový počet mrtvě narozených dětí z velké části neznámý (Ugwumadu, 2015, s. 217).

Ve Spojeném království Velké Británie a Severního Irska je za mrtvě narozené dítě považován plod, který se narodil bez známek života ve 24. týdnu těhotenství a více. Spojené státy americké mají nižší práh pro narození mrtvého dítěte, ≥ 20 . týden těhotenství, jestliže je gestační věk znám nebo hmotnost ≥ 350 g, v případě, není – li znám gestační týden plodu. Tato definice ale není přijata všemi státy Spojených států amerických, a to vede k nejednotnému vykazování. V Austrálii je za mrtvě narozené dítě považován plod narozený po 20. týdnu těhotenství nebo vážící více než 400 g (Ugwumadu, 2015, s. 217).

Etiologie intrauterinního úmrtí plodu v pozdní graviditě je různá. Může se jednat o příčiny mateřské, fetální nebo placentární. Příčiny ze strany matky zahrnují onemocnění jako diabetes mellitus, infekční onemocnění, šok, trauma, preeklampsii a intoxikaci. Mezi fetální příčiny se řadí pupečnickové příhody, vrozené vývojové vady, infekce, metabolická onemocnění a fetopatie. Insuficience placenty, abrupce, fetofetální transfuze a fetomaternální transfuze se řadí mezi příčiny placentární (Ratislavová, 2016, s. 10).

Pitevní vyšetření patří mezi standardní postup mrtvě narozeného dítěte, ale rozhodnutí rodičů může být velmi obtížné. Rodiče, kteří pitevní vyšetření odmítli, později litují ve srovnání s rodiči, kteří se pro pitvu rozhodnou. Nicméně podpora rodičů v jejich vlastním rozhodování může být dlouhodobě prospěšná ve vnímání smutku. Velmi často dochází ke snížení vnímání a uchování informací, a proto by nejdůležitější informace pro rodiče měly být opakovány a podpořeny tištěnými materiály (Flenady et al., 2014, s. 139).

2.2 Intrauterinní úmrtí plodu

Etiologie intrauterinního úmrtí plodu

Příčiny intrauterinního úmrtí plodu lze diferencovat na příčiny mateřské, fetální a placentární. Hájek uvádí, že mezi nejčastější příčiny antenatálního úmrtí plodu ze strany matky patří stavy jako preeklampsie, eklampsie, HELLP syndrom, diabetes mellitus, nefropatie, kardiopulmonální a kardiovaskulární choroby, hepatopatie, septikémie, šokový stav matky, antifosfolipidový syndrom, abúzus léků a drog, krvácení matky. Chromozomální aberace, strukturální malformace, imunní a non imunní hydrops, vrozené poruchy metabolismu, bakteriální a virové infekce, fetofetální transfuze u dvojčat označujeme za příčiny fetální. Mezi placentární a pupečnickové příčiny patří insuficience placenty s IUGR, strangulace pupečníku, nadměrná torze arterií, trombóza cév, hemangiom, teratom placenty, abrupce placenty, placenta praevia, chorioamnionitida, výhřez pupečníku, hemangiomy pupečníku, myxomy, fetomaternální krvácení, vasa praevia, rpt. sinus marginalis (Hájek, 2004, s. 373).

Odhady naznačují, že přibližně 10 % mrtvě narozených dětí lze přičíst onemocněním jako je obezita, hypertenze nebo diabetes mellitus. Dalších 200 000 mrtvě narozených dětí je spojeno s komplikacemi jako je preeklampsie a eklampsie. Nejvyšší množství těchto komplikací je zaznamenáno v subsaharské Africe a jižní Asii. Infekce, prodělané v průběhu těhotenství, patří mezi další důležitý faktor. Za 20 % mrtvě narozených dětí v subsaharské Africe je zodpovědná malárie. Syfilis je spojen s 7,7 % mrtvě narozenými dětmi celosvětově a 11,2 % v subsaharské Africe. Údaje o mrtvě narozených dětí v souvislosti s HIV infekcí nebo onemocněním AIDS jsou nedostatečné. Těhotenství, trvající déle než 42. týdnů, představuje zvýšené riziko pro narození mrtvého plodu, celosvětové odhady se pohybují kolem 14 %. Mezi další podstatné faktory, které představují riziko pro intrauterinní smrt plodu, patří násilí na těhotných ženách, nekompensované zdravotní poruchy a znečištění ovzduší. Celosvětově lze 6,7 % mrtvě narozených dětí přičíst k odkládání těhotenství, zejména u žen starší 35 let (Lawn et al., 2016, s. 598).

Významnou roli u etiologie intrauterinního úmrtí plodu zastává věk rodičky. Počet žen, které oddalují mateřství do pozdějšího věku, v průmyslových státech světa stále přibývá a pokročilý věk matek se stává předmětem zájmu zkoumání v souvislosti s perinatální mortalitou. Od roku 1999 do roku 2008 probíhala v Tyrolsku studie, která zkoumala dopad pokročilého mateřského věku na míru perinatální úmrtnosti. Tato studie zahrnula všech 56 517 porodů, které v období od roku 1999 do roku 2008 proběhly v 11 tyrolských nemocnicích. Data byla analyzována podle věku matky v době porodu a vznikly tři skupiny žen, 25–34 let, 35–39

let a ≥ 40 let. Ve věkové kategorii 25–34 let se narodilo celkem 43 313 dětí (76,6 %), ve druhé věkové kategorii 10 932 (19,3 %) a v poslední 2 272 dětí (4,0 %). Prvorodiček bylo 18 666 (41,5 %) a vícerodiček 26 320 (58,5 %). Během doby, kdy probíhala studie, se vyskytlo 308 perinatálních úmrtí. Střední gestační věk pro narození mrtvého dítěte byl 32. týden u první věkové kategorie, 34. týden ve skupině žen ve věku 35–39 let a 31. týden u žen ve věku 40 let a více. V novorozenecké úmrtnosti nebyly zjištěny žádné zásadní rozdíly. Tato studie došla k výsledkům, že riziko perinatálního úmrtí u žen 40 let a více je dvakrát vyšší než u žen ve věkové kategorii 25–34 let. U věkové skupiny 35–39 let ovšem nebylo zjištěno zvýšené riziko perinatálního úmrtí ve srovnání s ženami ve věku 25–34 let (Mutz-Dehbalai et al., 2014).

Další podstatný faktor, který má vliv na intrauterinní smrt plodu, je obezita. V letech 2014 až 2018 byla v osmi zemích jižní a jihovýchodní Asie provedena průřezová studie, která zkoumala souvislost obezity matek s fetální a neonatální úmrtností. Mezi země, které byly součástí tohoto výzkumu, patří Kambodža, Východní Timor, Indie, Myanmar, Bangladěš, Nepál, Maledivy a Pákistán. Celkem se výzkumu zúčastnilo 193 895 matek ve věkovém rozmezí 15–49 let. Výsledky studie byly použity k odvození fetální a neonatální úmrtnosti. Fetální smrt plodu zahrnovala potrat a narození mrtvého dítěte. Potrat v této studii je definován jako úmrtí plodu do 20. gestačního týdne včetně, narození mrtvého plodu pak po 20. týdnu těhotenství. U každé ženy byl zjištěn index tělesné hmotnosti neboli BMI, který byl vypočten jako poměr hmotnosti v kilogramech a druhé mocniny výšky v metrech. Na základě tohoto výpočtu vznikly 4 kategorie žen. Ženy s podváhou (BMI < 18.50), zdravou váhou (BMI 18.50 až 23), nadváhou (BMI 23 až 27) a obezitou (BMI nad 27). Ukázalo se, že BMI matky patří mezi významný prediktor potratu, porodu mrtvého plodu a časného novorozeneckého úmrtí. U žen s nadváhou nebo obezitou byla pravděpodobnost potratu 1.08 (aOR: 1.08, 95% CI: 1.04–1.13) a 1.26 (aOR: 1.26, 95% CI: 1.20–1.33) krát vyšší, ve srovnání s matkami se zdravou váhou. U žen s obezitou byla zaznamenána častější narození mrtvých plodů (aOR: 1.46, 95% CI: 1.27–1.67), v porovnání s ženami s normální váhou. Matky s obezitou měly větší pravděpodobnost, že jejich dítě zemře v časném novorozeneckém období (aOR: 1.18, 95% CI: 1.08–1.28). Souvislost mezi obezitou rodiček a pozdním úmrtím novorozenců nebyla nalezena. Úbytek hmotnosti před plánovanou koncepcí snižuje riziko úmrtnosti plodu a novorozence (Haque et al., 2021, s. 1–6).

Diseminovaná intravaskulární koagulace

Mezi významné riziko, které je spojené se syndromem mrtvého plodu, se řadí DIC neboli diseminovaná intravaskulární koagulace. Patogeneze této koagulace probíhá pravděpodobně na

základě pomalého uvolňování tkáňového faktoru nebo tromboplastinu z mrtvého plodu a placenty. V současnosti je diseminovaná intravaskulární koagulace méně obvyklá, neboť úmrtí plodu lze jednoduše diagnostikovat pomocí ultrasonografie. S diseminovanou intravaskulární koagulací se lze setkat u vícečetných těhotenství, např. u dvojčat nebo trojčat, kdy je mrtvý plod s jedním nebo dvěma přeživšími v probíhající graviditě. Může se vyskytnout také u žen s několikátýdenním zamlklým potratem (Cunningham, Nelson, 2015, s. 1006).

2.3 Péče porodní asistentky během perinatální ztráty a po ní

Diagnóza

První subjektivní příznaky, kdy žena zpozorní a znejistí, jsou změny v citění pohybů plodu. Žena může vnímat rozdíl ve frekvenci a intenzitě, v některých případech již pohyby plodu vůbec necítí. Taktéž se u ní mohou projevit příznaky jako subfebrilie, ochablost napětí prsů, únava, výtok nebo kontrakce (Hájek, 2004, s. 374). Je velmi důležité nezlehčovat pocity ženy, ať jsou jakékoliv. Každá těhotná žena by měla být informována, že v případě pochybností o pohybech plodu, je nutné neodkladně vyhledání odborné pomoci. Při diagnóze mrtvého plodu se provádí vyšetření srdeční akce, a to pomocí ultrazvuku nebo kardiokografu. Toto vyšetření není v kompetencích porodní asistentky, ale lékaře – porodníka, který diagnózu úmrtí plodu stanovuje a zároveň ženu informuje. S těhotnou ženou je potřeba komunikovat klidně a empaticky, z úst lékaře by měla být vyjádřena lítost nad situací. Rodiče jsou následně informováni o dalším postupu – ve většině případů se jedná o co nejdřívější hospitalizaci a indukci porodu. Rodiče mají právo podílet se na těchto rozhodnutích. Mnoho z nich potřebuje čas na zpracování této zprávy, a proto je vhodné jim umožnit odchod domů, kde mají také možnost načerpat informace o tom, jakým způsobem se po porodu chtějí rozloučit se svým miminkem (Roztočil, 2017, s. 209).

Sdělení diagnózy rodiče

Zpráva o úmrtí miminka v děloze je pro každého rodiče šokující. Ke sdělení diagnózy obvykle dochází během ultrazukového vyšetření. Neverbální projevy zdravotníků zde hrají významnou roli, ženy po celou dobu pozorují a vnímají výraz lékaře. Převaha mlčení během vyšetření se může v některých případech podílet na vzniku psychických traumat u žen a zároveň ovlivňuje to, jak se ženy budou cítit u vyšetření v dalším těhotenství. Při sdělování zprávy je důležitý klidný přístup zdravotníků a intimní atmosféra. Způsob sdělení diagnózy ovlivňuje bezprostředně a dlouhodobě prožívání perinatální ztráty rodičů. Potřeby žen po sdělení nepříznivé diagnózy jsou rozdílné, a proto je nutné přistupovat ke každé ženě zcela individuálně (Ratislavová, 2016, s. 37–45).

Porod mrtvého plodu

Rodičky, přicházející na porodní sál k porodu mrtvého miminka, ve většině případů stále vstřebávají vyřčenou diagnózu a nacházejí se ve fázi šoku. Jsou zmatené, cítí vnitřní chaos a nemohou uvěřit realitě. Lékaři a porodní asistentky jsou zde od toho, aby s rodiči konzultovali

celý průběh porodu a poskytlí potřebné informace. Je vhodné, aby porodní asistentka na počátku porodu společně s ženou a jejím doprovodem naplánovali porodní plán, díky němuž má rodička šanci podílet se na rozhodnutích ohledně volby způsobu porodu, možnosti analgezie, polohování a rozloučení s mrtvorozeným dítětem. Porodní asistentka nabízí rodičům možnosti a alternativy, ale konečné rozhodnutí je vždy na rodičích a mělo by být respektováno. Společně s lékařem tvoří důležitou oporu těhotným ženám a svým konáním by měli pečovat nejenom o fyzické zdraví, ale také o psychický stav těchto žen (Ratislavová, 2016, s. 48–49).

Při přijetí těhotné ženy s mrtvým plodem na porodní sál se standardně provádí řada vyšetření, jako je kontrola fyziologických funkcí, zevní a vnitřní porodnické vyšetření a ultrazvukové vyšetření. Také se odebírá krev na krevní obraz, diferenciální rozpočet leukocytů, trombocyty, CRP, antifosfolipidové protilátky, lupusový antikoagulant, velké hemokoagulační vyšetření, jaterní testy, ionty v séru, glykémie nalačno, TORCH, VDRL, vyšetření na trombofilii, nepřímý Coombsův test a Kleihauerův test. Rovněž se provádí sěr z děložního hrdla a pochvy k bakteriologické kultivaci, panel virových infekcí a vyšetření plodové vody (Hájek, 2004, s. 374).

Způsob vedení porodu mrtvého plodu je individuální a odvíjí se od délky gestace, zdravotního stavu matky, předchozích operací na děloze, dostupnosti odborníků a přání matky. Vaginální porod je spojen s krátkou hospitalizací a má výhodu krátkého poporodního zotavení. Opatrnost by měla být na místě u žen po předchozím císařském řezu, obzvláště s prostaglandiny (Chakhtoura, Reddy, 2015 s. neuvedena). Některé ženy se ale chtějí vyhnout porodu mrtvého plodu, a proto požádají o provedení císařského řezu. Tato situace je velmi citlivá a vyžaduje pečlivou konzultaci. Je potřeba podrobně probrat důsledky císařského řezu – následnou rekonvalescenci a vyhlídky pro budoucí porod. Císařský řez může být indikován také na základě zdravotního stavu matky (Ugwumadu, 2015, s. 219). Podle doporučeného postupu provedení porodu mrtvého plodu ČGPS ČLS JEP z roku 2014 je císařský řez první volba u stavů, které bezprostředně ohrožují život matky a u stavů, kde je kontraindikace k vaginálnímu vedení porodu (Doporučený postup pro vedení porodu mrtvého plodu ČGPS ČLS JEP, Procházka et al., 2014, s. 3).

K indukci vaginálního porodu mrtvého plodu by se mělo přistupovat ve chvíli, kdy není ohrožen život matky, po stanovení výsledků základních laboratorních parametrů a ideálně přes pracovní týden, v běžné pracovní době, kdy se na pracovišti nachází dostatek lékařského a zdravotnického personálu. K indukci porodu se používají prostaglandiny a oxytocin. Dávkování a způsob užití se odvíjejí od porodnického nálezu. K dilataci děložního hrdla je možné použít i mechanické metody, jako je Foleyův katétr a hygroskopické cervikální

dilatátory (Doporučený postup pro vedení porodu mrtvého plodu ČGPS ČLS JEP, Procházka et al., 2014, s. 3).

Po porodu mrtvého plodu je doporučováno nepřerušovat pupečník. Plod s placentou je následně odeslán k histopatologickému vyšetření. Rodičkám, které vykazují známky infekce nebo sepse, jsou indikována širokospektrální antibiotika. Jako prevence tromboembolické nemoci je indikován nízkomolekulární heparin až do úplné mobilizace pacientky (Doporučený postup pro vedení porodu mrtvého plodu ČGPS ČLS JEP, Procházka et al., 2014, s. 3 - závěrečná stránka).

K tlumení bolesti během porodu se standardně využívají nefarmakologické i farmakologické metody. Mezi nefarmakologické metody tlumení bolesti patří např. pohyb, polohování, masáže, teplé obklady a sprecha. Z farmakologických metod lze použít epidurální analgezii, opiáty a spasmolytika. Včasná epidurální analgezie se podílí na sníženém množství produkovaných stresových hormonů, díky tomu šetří energii rodiče, která je nezbytná pro vyrovnání se a smíření s celou situací po porodu. Postoj žen k porodním bolestem je různorodý, některé ženy potřebují cítit fyzickou bolest, aby pro ně situace měla smysl, zatímco jiné ženy nechtějí cítit žádnou bolest, protože ta psychická je dostačující (Ratislavová, 2016, s. 50–52).

Ženy, které rodí mrtvý plod využívají více analgezie v porovnání s ženami, které rodí zdravé děti. Některé ženy ale bolesti vnímají jako smysluplné a nepřejí si jejich tlumení. Fyzická bolest představuje ventil ke zpracování psychické bolesti. I v tomto případě je nezbytné respektovat přání rodičky (Ratislavová, 2016, s. 50–52).

Rozloučení s miminkem

Rozloučení s mrtvorozeným miminkem představuje pro rodiče určitý způsob „konkrétního uzavření žití“ s tímto dítětem. Po porodu mrtvého plodu mají rodiče možnost se rozhodnout, zda chtějí své děťátko vidět a rozloučit se s ním. Velkou roli hraje podoba miminka, a proto je nutné, aby porodní asistentka oblékla a zabalila miminko tak, aby určité znaky nemoci nebo znetvoření nebyly viditelné. Rodiče v těchto chvílích mají možnost si miminko pochovat, pohladit, mohou mu vyprávět, jak se na něj těšili a připravovali (Špaňhelová, 2015, s. 63–64).

Ve skandinávských zemích je běžné, že rodiče po porodu vidí a drží své dítě. S tímto přístupem se lze setkat také v ostatních evropských zemích a severní Americe. Tento fenomén se začal prosazovat přibližně před 3–4 desetiletími, kdy došlo ke zviditelnění potřeb rodičů po perinatální ztrátě. Rodičovské činy a skutky po narození mrtvého dítěte se značně liší. Tento vývoj bezprostředně ovlivnil lékaře a zdravotníky, kteří pečují o rodiče po perinatální ztrátě. Od roku 2015 probíhala v Dánsku studie, která se zaměřila na rodiče poté, co měli možnost

vidět a držet své mrtvě narozené dítě. Na základě tohoto výzkumu byly v Dánsku sepsány národní směrnice, týkající se péče o rodiče po perinatální ztrátě. Sběr dat začal v roce 2015 a účast byla dobrovolná, anonymní a důvěrná. Rodiče byli přizváni k účasti v době propuštění z nemocnice nebo pomocí webových dotazníků, které obdrželi 1-2, 7 a 13 měsíců po perinatální ztrátě. Rodiče museli odpovědět na otázky, zda po porodu viděli své dítě (ano/ne), kolik času s ním strávili (minuty, hodiny, dny), a zda dítě viděl někdo jiný (sourozenci, prarodiče, přátelé). Taktéž měli rodiče za úkol zhodnotit míru podpory ze strany porodní asistentky. Celkem odpovědělo 173 rodičů, průměrný věk byl 31,4 let a téměř všichni (97,7 %) účastníci byli manželé nebo žili s partnerem. Míra odpovědí byla 45 %, z toho 68 % tvořily ženy. Ze 173 rodičů, kteří zažili perinatální ztrátu, 160 (97 %) vidělo dítě a 147 (92,5 %) chovalo své dítě. Méně než 10 % strávilo s dítětem pouhé minuty, 40 % rodičů uvedlo, že s dítětem strávili hodiny a 52 % dokonce dny. Další otázka se zaměřovala na to, kdo všechno dítě viděl. 128 rodičů (75,7 %) odpovědělo, že dítě viděli také prarodiče. 90 rodičů (53 %) uvedlo, že dítě viděli ostatní členové rodiny a 50 rodičů (30 %) uvedlo, že měli možnost mrtvorozené miminko vidět také jejich přátelé. Poslední otázka se týkala porodních asistentek, 150 rodičů (87 %) odpovědělo, že cítili podporu porodních asistentek na velmi vysoké úrovni (Jørgensen et al., 2020, s. 1–5).

Tato studie se rovněž zabývá narozením mrtvého miminka a času stráveného s ním z antropologického hlediska. Když rodiče očekávají se první děťátko, nacházejí se v procesu rozvoje jejich nového společenského postavení. Postupně jsou integrováni do společnosti se svými novými identitami – matka a otec. Po narození miminka je prováděna řada rituálů za účelem přivítání a uznání novorozence a jeho rodičů. Jedná se zejména o hračky a květiny, které dostávají maminka a novorozenec v průběhu šestinedělí, ale také slova chvály, jak je novorozenec krásný a promluvy o tom, na koho je více podobný. Od rodičů se očekává, že se budou chovat a jednat tak, aby jejich dítě bylo začleněno do společnosti. Později jsou děti zahrnuty do formálnějších rituálů, jako je křest nebo obřizka, tyto rituály zdůrazňují příslušnost dítěte k něčemu většímu. Etnografické studie poukazují na fakt, že pro dítě je zcela kritický okamžik ve chvíli, kdy je přijato jako lidská bytost, která má být začleněna do společnosti, nebo zda je zanedbáno a vyloučeno. Jestliže se v tomto komplexním přechodu něco pokazí, je velmi obtížné, jak pro rodiče, tak pro dítě, tento přechod dokončit. Výsledky tohoto výzkumu ukázaly, že 52 % rodičů strávilo se svým mrtvorozeným miminkem dny a celkem 98 % rodičů ukázalo dítě ostatním členům rodiny. Čas strávený s miminkem a členy rodiny se proto zdá být rozhodující během tohoto přechodu (Jørgensen et al., 2020, s. 4–5).

Mrtvě narozené dítě můžeme vnímat jako novorozence a zároveň mrtvé dítě, a proto jsou zapotřebí dva přechody. Novorozenec je začleněn do rodiny a dalších sociálních skupin. Mrtvě narozené dítě je separováno ze světa živých a je zajištěn jeho přechod do země mrtvých (materiálně nebo na spirituální úrovni). Tuto dvojitou liminalitu, kterou mrtvě narozené dítě vykazuje, můžeme pozorovat na jeho těle, které je teplé a nové, ale zároveň vykazuje známky smrti, jako jsou macerace kůže, tmavé rty a ticho. Je to tělo, které představuje dva póly existence, život a smrt. Velmi citlivý je okamžik narození. Rodiče, kteří se rozhodli vidět své mrtvě narozené dítě, čelí strachu i zvědavosti, jejich představy se střídají od krásných miminek po nestvůry. Antropolog Mitchell ovšem zdůrazňuje, že akty vidění nejsou nikdy zcela objektivní. Většina z nás je schopna vidět pouze to, co vychází z naší kultury. Rodiče se tak opět ocitají na nestabilní půdě a spoléhají se na zdravotníky. Oceňují, když zdravotníci zacházejí s mrtvě narozeným plodem úplně stejně jako s živým miminkem a říkají, jak je krásné. Díky tomu mají možnost vychutnat si zážitek z toho, že vidí svého novorozence (navzdory jeho smrti) a jejich role rodičů tak dosahuje většího uznání. Zdravotnický personál tedy představuje prostředníka mezi rodiči a mrtvě narozeným dítětem a podílí se na integrování mrtvého miminka do společnosti (Jørgensen et al., 2020, s. 5).

Provádění těchto rituálních výkonů není přirozený jev. Je to paradox, když narození přináší smrt a mrtvě narozené děti proto mohou být velmi děsivé, neboť nám neustále připomínají křehkou hranici mezi životem a smrtí. Proces definování lidského potenciálu nebo ztráty člověka, který byl začleněn do společnosti pouze na krátkou dobu, je téměř nepochopitelný. Jako sociální bytosti jsme hluboce propojení v sociálních procesech a praktikách, které nás formují a vytvářejí to, kým jsme a také to, jak můžeme vnímat a chápat životní událost, jako je narození mrtvého dítěte (Jørgensen et al., 2020, s. 6–7).

Cubitus baby

Jedna z několika pomůcek, která napomáhá udržet chladné tělo mrtvého novorozence je speciálně navržená chladicí postýlka Cubitus baby. V letech 2013 až 2014 byla tato postýlka zavedena ve všech 47 porodních odděleních ve Švédsku s cílem zlepšit důstojnost při rozloučení s mrtvorozeným dítětem. Následně probíhala studie do roku 2017, která zkoumala zkušenosti porodních asistentek s používáním postýlky Cubitus baby. Celkem bylo distribuováno 285 dotazníků, z toho 154 z nich bylo vyplněno a zahrnuto do výzkumu. V dotazníku se nacházely 4 kategorie, přičemž v každé kategorii byly dvě podskupiny. První kategorie se zaměřovala na pocit důstojnosti při používání postýlky (uspokojivé pocity při práci se smutkem; design a funkce). Druhá kategorie se zabývala chlazením postýlky (funkce chlazení; studené dítě).

Třetí kategorie se věnovala času na rozloučení s mrtvorozeným miminkem (čas spolu; čas na vlastní volbu). A poslední kategorie se zaměřila na uspokojivé pocity rodičů při používání postýlky (rodiče a Cubitus baby; možnost bondingu). Ze 47 klinik se do studie zapojilo 40 porodnic. Nejkratší doba použití postýlky byla 3 hodiny, nejdelší doba byla 11 dní. Tři rodiny si vzali své dítě domů v postýlce Cubitus baby. Postýlka byla nejčastěji umístěna v posteli rodičů a v několika případech se nacházela v jiné místnosti, kde mohli rodiče bez omezení chodit navštěvovat své děťátko. Studie došla k těmto výsledkům. První kategorie – důstojnost bylo slovo, které se v dotaznících objevovalo často. Porodní asistentky popisovaly postýlku jako měkkou, klidnou, krásnou. Design postýlky byl označován za hladký a neutrální. Druhá kategorie – porodní asistentky uváděly, že chlazení Cubitus baby bylo dobré a chladicí boxy vydržely studené po dlouhou dobu. Funkce chlazení byla bezproblémová i během teplých letních dnů. Shodly se na tom, že miminka zůstala po delší dobu v lepší kondici, než v minulosti, kdy musely mrtvorozené dítě dávat do chladničky. Třetí kategorie – porodní asistentky uváděly, že rodiče byli vděční za možnost rozloučit se se svým dítětem a za čas, který mohli s dítětem strávit. Také oceňovali možnost volby, kdy je čas na poslední rozloučení. Rodiče měli možnost rozhodnout o tom, jak moc blízko chtějí být svému dítěti. Poslední kategorie – porodní asistentky si všimly, že rodiče oceňují Cubitus baby, i během prožívání jejich smutku. Některé porodní asistentky poznamenaly, že postýlka pomohla spojit rodiče s jejich děťátkem. Porodní asistentky byly velmi spokojené s používáním této pomůcky. Cítily, že byly schopné poskytnout důstojnější druh péče a že nemusely separovat dítě od rodičů při jeho umístění do chladicího zařízení. Zároveň uváděly, že cítily potěšení z jejich práce, přestože se jedná o smutnou událost. Cubitus baby zásadně změnil podmínky pro rodiče mrtvě narozených dětí ve Švédsku a pro porodní asistentky, které o tyto rodiče pečují (Listemar et al., 2019, s. 161–164).

Upomínky na dítě

Upomínky na dítě tvoří podstatnou součást perinatální ztráty, protože představují jakýsi symbol přetrvávající vazby k dítěti. Odborníci z celého světa se shodují na jejich přínosu. Dle doby a typu ztráty jsou pořizovány upomínky, jako např. snímky z ultrazvuku, kardiografické záznamy, pramínek vlasů, otisk ručičky nebo nožičky dítěte, náramek se jménem, fotografie po porodu nebo oblečení, které mělo dítě na sobě v porodnici. Všechny tyto upomínky může personál shromáždit do vzpomínkového balíčku. Vlastnění upomínek na dítě snižuje z dlouhodobého hlediska úzkostnost matek a má také příznivý vliv na proces truchlení (Ratislavová, 2016, s. 76).

Ve chvíli, kdy je perinatální ztráta náhlá a neočekávaná, mnoho rodičů se nachází ve fázi šoku. Za takových okolností nejsou schopni přemýšlet nad vytvářením upomínek na dítě. Po příchodu domů ovšem začínají upomínky postrádat. Je doporučováno, aby v nemocnicích byly se souhlasem rodičů pořízeny fotografie dítěte, pro které se rodiče mohou kdykoliv vrátit. Většina rodičů je poté vděčná zdravotnickému personálu, který jim pomohl vzpomínky zachytit a uchovat (Ratislavová, 2016, s. 76–77).

Prožívání perinatální ztráty a jeho dopad na celou rodinu

Každý rodič může ztrátu dítěte prožívat zcela odlišně. Důležitou roli zde zastává dětství ženy i muže, jejich zkušenost a vnímání náročných životních situací. Také jejich temperament a osobnostní charakteristika. Rovněž můžeme pozorovat rozdílné prožívání u žen a mužů. Ženy prožívají tuto situaci hodně emocionálně, jsou smutné, pláčou, mohou být uzavřeny samy do sebe. I muži prožívají tuto situaci emocionálně, ale ve většině případů jsou jejich emoce skryté a nepozorovatelné, protože chtějí zůstat oporou pro svou ženu a nechtějí dávat najevo své rozrušení z této situace (Špaňhelová, 2015, s. 78–79).

Perinatální ztráta tak může představovat náročnou zkoušku pro partnerský vztah – a to hlavně proto, že proces truchlení u ženy a muže je odlišný. Mluvíme o tzv. inkongruentním zármutku, který se vztahuje k genderovým rozdílům v procesu truchlení. První týdny po ztrátě miminka truchlí partneri obvykle podobně, ale později dochází k odlišnému způsobu truchlení. Oba rodiče prožívají anticipační zármutek, ztrácejí naděje a představy o budoucnosti a jejich rodičovské roli. Při procesu truchlení zažívají vztek, šok, pocity viny, bezmoci, prázdnoty a osamocení. Ženy cítí ztrátu dítěte jako takovou, muži naopak spíše vnímají ztrátu své rodičovské role. Instrumentální reakce a kognitivní, na problém zaměřené zvládání žalu, je považováno za tzv. mužský typ reakce na zármutek. Za tzv. ženský typ reakce na zármutek je považována intuitivní reakce zaměřená na emoce a cesta za vyrovnáním se se zármutkem. Muž i žena se mohou nacházet individuálně v kontinuu mezi intuitivním a instrumentálním prožíváním žalu. Každá bytost truchlí svojí vlastní cestou a potřebuje svůj čas na zpracování této ztráty. Pokud spolu partneri nekomunikují a nejsou schopni mluvit o svých rozdílných postojích a prožitcích, může mezi nimi vzniknout napětí a nepochopení, mohou se objevit manželské a sexuální problémy. Jestliže partneri nemají dostatečnou vůli a motivaci k vzájemnému pochopení a otevření, může dojít k rozpadu manželství nebo partnerského vztahu. Porodní asistentka by měla mít snahu zapojit oba rodiče do komunikace o svých pocitech a prožitcích. Některým truchlícím párům je nutné nabídnout rodinné nebo párové poradenství (Ratislavová, 2016, s. 106–110).

Perinatální ztráta ovlivňuje celou rodinnou dynamiku. Následky této ztráty nesou i sourozenci a prarodiče. Rodina, kterou zasáhla perinatální ztráta, může potřebovat komplexní péči, která přesahuje fyzickou nebo psychickou rovinu. Pozornost musí být zaměřena nejenom na matku, ale také na otce, sourozence a širší rodinu. V nemocnicích a komunitách by měly být nabízeny i náboženské obřady pro ty, kteří je chtějí využít. Zdravotníci a sociální pracovníci, působící v komunitní péči, by měli nabízet cílené intervence k podpoře zdravého prožívání smutku v rodinách, které zažily ztrátu děťátka (Fernández-Sola et al., 2020, s. 14).

Existují omezené znalosti o zkušenostech mužů a důsledcích perinatální ztráty na jejich psychickou a sociální pohodu. Australský výzkum nezávisle prozkoumal životní zkušenosti mužů, jejichž partnerka prožila narození mrtvého plodu nebo potrat. Přehled identifikoval tři hlavní témata, která mají významný vliv pro utváření prožitých zkušeností u mužů – těhotenská vazba a následky; podporovat svého partnera a být podporován; dopady na budoucí těhotenství. Způsob, jakým muži zpracovávali perinatální ztrátu, souvisel s tím, jak těhotenství vnímali. Od toho se samozřejmě odvíjela jejich emocionální reakce na tuto ztrátu. Cítili, že jejich primární role je být především opora pro svou partnerku, přestože sami dostávali omezenou podporu. Uvedli, že jejich bezpečný a důvěřivý postoj k těhotenství se navždy změnil (Nguyen et al., 2019, s.1–10).

Sourozenci, kteří jsou součástí rodiny, která zažila perinatální ztrátu, trpí dvěma způsoby. Truchlí nad zesnulým sourozencem a truchlí nad ztrátou rodičů, jak je znali předtím. Ti mohou být tak zahlcení svým zármutkem nad ztrátou miminka, že nevidí žal svých dětí. Rodiče zahlcení svou vlastní bolestí tak nemohou poskytnout informace dětem, které je potřebují k pochopení smrti. V roce 2011 byla zveřejněna studie, která zkoumala rodinný smutek v návaznosti na perinatální ztrátu. Výzkumu se zúčastnilo 8 dospělých účastníků, kteří zažili ztrátu sourozence, nebo se narodili do rodiny poté, co tato rodina zažila perinatální ztrátu. Jedna z účastnic byla jednadvacetiletá Barbara, studentka vysoké školy. Barbaře byly tři roky, když se její sestra Morgan narodila mrtvá. V rozhovoru odhalila, že je to poprvé, co s někým mluví o smrti sestry. Její smutek byl po celá léta potlačován a důvodů může být mnoho. Jedním z nich je neochota uznat svůj smutek ze strachu z emočního zahlcení – Barbara během rozhovoru několikrát plakala. Domnívá se, že její rodiče nebyli připraveni a schopni unést její bolest. Jestliže děti vnímají smutek rodičů jako velmi zdrcující, mohou se vzdát svých vlastních projevů smutku, z toho důvodu, aby rodičům nepřidaly další bolest. Ztráta Morgan měla vliv také na Barbařinu mladší sestru Dot. Děti mohou po úmrtí miminka nabýt pocit, že žijí ve stínu někoho, kdo již neexistuje, ale existoval a zanechal hluboký otisk na obou rodičích. Domnění, že děti jsou příliš malé na to, aby pochopily smrt způsobuje, že jejich smutek je ignorován

a ovlivňuje emoční vývoj dětí, které jsou naživu v době ztráty, ale také děti, které po této ztrátě následují. Uznání smutku dítěte je považováno za jednu z nejdůležitějších věcí, kterou je potřeba udělat při podpoře truchlícího sourozence. Důležité je také zahrnout ztraceného sourozence do rodinných událostí, oslav a náboženských rituálů. Ztráty v rodině ovlivňují celý rodinný systém a jejich dopad se projevuje i v následujících generacích (O'Leary and Gaziano, 2011, s. 173–191).

Prožívání smrti sourozence se také odvíjí od věku dítěte. Pětileté dítě vnímá smrt jinak než desetileté. Dítě ve věku kojence nebo batolete si nedokáže smrt jako takovou představit, není schopno tuto přesně danou konečnost pochopit. Co ale dítě vnímá, je emoční prostředí. Batole pozná a cítí, že se rodiče chovají jinak a na tuto změnu reagují velmi citlivě. Může se projevat smutněji, upozorňovat na sebe záchvaty vzteku, větším zlobením nebo vzdorováním. Dítě takto reaguje na změněnou atmosféru v rodině a svým jednáním na sebe hlasitě upozorňuje. Touží po tom, aby si ho rodiče všimli, aby ho nechali nahlédnout do jejich nitra. Rodič by měl dítěti vysvětlit, co se stalo. Nezáleží na tom, zda to dítě na základě slov pochopí. Podstatné je, že bude vnímat a cítit, že je rodič u něj, že s ním sdílí jeho život, prožitky. Rodič by neměl mít strach před dítětem plakat, je důležité, aby se dítěti ukázal i ve své slabosti a bolesti. Naproti tomu dítě v pubertálním věku už přesně ví, co je smrt a je schopno lépe přijmout důvod smrti sourozence. Děti v tomto věku obvykle tráví méně času doma, ale i přesto je důležité, aby si rodina tuto událost odžila pospolu. Časté jsou společné rituály jako je zapálení svíčky, chození na hřbitov nebo povídání si o tom, jak by sourozenec asi vypadal, co by měl rád, jaký by byl život s ním. Pro dítě v této vývojové fázi je prospěšné povídání si o této skutečnosti s oběma rodiči. Dítě sleduje a vnímá, jak tuto životní těžkost rodiče prožívají, jak moc spolu drží, jak si dovedou vzájemně pomáhat. Dalším okruhem lidí, se kterými dítě mluví o této události, jsou jeho vrstevníci, přátelé. Je dobré, aby se dítě otevřelo komunikaci a nebálo se říct svým přátelům, co ho zasáhlo a jak celou událost prožívá. Jestliže rodiče zajistí dítěti v jakémkoliv věku emoční podporu, dítě bude tuto skutečnost pravděpodobně prožívat jako smutnou a citlivou. Zároveň ale bude cítit pevnou oporu ze strany rodičů a jejich lásku. Budoucnost může přinést okamžiky, kdy si uvědomí, že i tato událost měla svůj význam. Může se stát, že tato bolestná a citlivá životní zkušenost stmelí rodinu dohromady. Pokud se ale rodič uzavře sám do sebe a do svého zármutku, kterému dítě nerozumí, může se stát, že na sebe dítě začne upozorňovat např. provokací za účelem vzbuzení zájmu rodiče. Ve vyšším věku může dítě z velké části zastat rodičovskou roli. Je nutné, aby se dítě projevovalo autenticky, aby v sobě nedusilo své zážitky, neúspěchy (Špaňhelová, 2015, s. 87–97).

Šestinedělí

Po porodu mrtvého plodu zůstává žena hospitalizována v nemocnici pouze na nezbytně nutnou dobu. Po spontánním porodu obvykle odchází druhý den. Domácí prostředí představuje pro ženu bezpečnou a intimní zónu pro truchlení. Období hospitalizace má ovšem důležitý význam pro odeznění prvotního šoku a také pro přísun informací o možnostech rozloučení s dítětem. Ženy obvykle preferují jednolůžkový pokoj a možnost pobytu partnera nebo jiné blízké osoby. Pokoj, na kterém je žena hospitalizována, by se neměl nacházet na oddělení šestinedělí a žena by rovněž neměla být umístěna na pokoji např. s ženou po potratu. Ošetrovatelská a lékařská péče spočívá v pravidelné kontrole celkového stavu ženy, měření fyziologických funkcí, výšky děložního fundu, kontrole porodního poranění, krvácení a lochií. Bolestivé zavínování dělohy lze podpořit masáží dělohy, aromaterapií a bylinnými čaji (Ratislavová, 2016, s. 85, s. 95).

Důležitou součástí péče porodní asistentky o ženu po perinatální ztrátě představuje zástava laktace. V minulosti se pro zástavu laktace využívala obinadla, která prsa stáhla, a tím došlo ke snížení prokrvení prsou, což mělo za následek sníženou tvorbu mléka. V současnosti je doporučováno nahradit obinadlo těsnou podprsenkou. Farmakologicky se pro zástavu laktace využívají antagonisté dopaminu s preferencí preparátů s minimem vedlejších účinků. Tato medikace vede ke snížené tvorbě prolaktinu v hypofýze a ke snížení produkce mléka. Od bolesti prsů a jako prevence zánětů bývá doporučováno vkládání zelných listů do podprsenky. Dobrých výsledků dosahují také chladné obklady na prsy, které by žena měla pravidelně v průběhu dne opakovat po dobu 15–20 minut. Z bylinných přípravků je nápomocný šalvějový a máťový čaj. Užívat lze také homeopatii. I v případě zástavy laktace platí, že by žena měla znát všechny své možnosti a mít možnost volby (Ratislavová, 2016, s. 95–96).

Laktace je fyziologický proces, který začíná v 16. týdnu těhotenství a pokračuje po porodu, bez ohledu na zdravotní stav novorozence. Nalévání prsů a únik mléka může být pro ženy po perinatální ztrátě emocionálně velmi bolestivý proces. Některé ženy se rozhodnout laktaci potlačit, jiné zvolí možnost mléko odstříkat a mateřské mléko darovat. Mnoho žen o této možnosti vůbec netuší, přitom darování mateřského mléka může ženám pomoci vyrovnat se se ztrátou jejich dítěte a také má pozitivní vliv na proces truchlení (Fernández-Medina et al., 2022, s. 1–2).

VÝZNAM A LIMITACE DOHLEDANÝCH POZNATKŮ

Přehledová bakalářská práce předkládá aktuální poznatky, zabývající se perinatální ztrátou. Uvedené informace mohou být využity v odborných časopisech nebo jako studijní materiál pro porodní asistentky, porodníky, studentky porodní asistence, a také pro další pomáhající profese. Taktéž mohou být nápomocné lidem, jež mají v okolí někoho, kdo tuto ztrátu zažil nebo se v této nelehké situaci momentálně nachází. Informace mohou být dále využity jako podpůrný materiál při snaze zvýšit povědomí laické veřejnosti o tomto tématu. Dále je možné považovat skandinávský přístup k rozloučení rodičů s mrtvorozeným dítětem jako inspirující a zkusit jej začlenit do českých podmínek.

Limitací mé bakalářské práce byla zejména heterogenita definic a klasifikace perinatální ztráty, která je v každém legislativním systému rozdílná. Pod pojmem perinatální ztráta lze najít mnoho definic, počínajíc od potratu, přes mimoděložní těhotenství, až po porod mrtvého plodu a úmrtí miminka v časném novorozeneckém období. Tato heterogenita definic perinatální ztráty ztěžuje celkovou analýzu. Dohledala jsem pouze jednu komplexní zprávu od Světové zdravotnické organizace z roku 2006, která poskytuje odhady perinatální úmrtnosti podle zemí a regionálních uskupení. Zároveň existuje mnoho zemí, které nemají data o perinatální úmrtnosti, pro tyto země byly vyvinuty modely pro odhad úmrtnosti. Strach a stigma, které je spojené se smrtí navíc způsobuje to, že mnoho mrtvě narozených dětí není vůbec započítáno do celkových statistik. Je potřeba podpořit další kvantitativní i kvalitativní výzkum v rámci této problematiky. Aby měl ovšem kvantitativní výzkum reprezentativní výstupy, je zapotřebí zlepšit sběr relevantních dat a v ideálním případě v budoucnu globálně sjednotit terminologii v oblasti perinatální úmrtnosti.

V březnu 2022 byl ohlášen sběr dat JBI syntézou k ověření nejfunkčnějších protokolů a metod v péči o truchlící rodinu po perinatální ztrátě. Tato práce bude posuzovat kvantitativní i kvalitativní studie, kazuistiky, praktické pokyny, expertní posudky, systémové přehledy a webové stránky profesních organizací, zabývající se perinatální ztrátou. Také se zaměří na zmapování následného duševního zdraví rodičů po perinatální ztrátě.

ZÁVĚR

Přehledová bakalářská práce sumarizuje poznatky o problematice perinatální ztráty, a také zdůrazňuje, jak velkou a podstatnou roli v tomto procesu zastávají zdravotníci, a to zejména porodní asistentky. K největší incidenci mrtvě narozených plodů a novorozenců, kteří umírají v časném novorozeneckém období, dochází v rozvojových státech. To je úzce spjato s nedostatečnou zdravotní péčí. Odborná péče porodních asistentek a jejich včasný záchyt patologických stavů během těhotenství nebo porodu přispívá ke zlepšení statistik perinatální úmrtnosti.

Prvním cílem mé práce bylo předložení aktuálních poznatků o závažnosti problematiky perinatální ztráty. Odborníci se shodují, že narození mrtvého plodu nebo úmrtí novorozence těsně po porodu patří mezi velmi traumatizující událost v životě ženy, ale také jejího partnera a blízké rodiny. Česká republika se s počtem 350 mrtvě narozených dětí ročně řadí mezi země s nejnižší mrtvorozeností na světě. To je zásluha zejména screeningových programů, pravidelných lékařských prohlídek a kvalitní péče porodních asistentek, které se starají o těhotnou ženu, rodičku a novorozence.

Druhým cílem mé práce bylo předložení poznatků o etiologii intrauterinního úmrtí plodu a o způsobu vedení porodu mrtvého plodu. Příčiny intrauterinního úmrtí plodu můžeme rozdělit na příčiny mateřské, placentární a fetální. V návaznosti na současný životní styl většiny lidí přibývají mrtvě narozené děti v souvislosti s pokročilým věkem žen a s nemocemi, jako je obezita, hypertenze nebo diabetes mellitus. Způsob vedení porodu mrtvého plodu je individuální a odvíjí se od zdravotního stavu ženy. Vaginální porod je spojen s krátkou hospitalizací a rychlou rekonvalescencí. Císařský řez by měl primární volbou u stavů, kdy je ohrožen život ženy, nebo ve chvíli, kdy je přítomna jakákoliv jiná kontraindikace k vedení vaginálního porodu.

Třetím cílem mé bakalářské práce bylo předložení aktuálních poznatků o péči porodní asistentky o rodičku a její rodinu během perinatální ztráty. Porodní asistentky zde sehrávají nepostradatelnou roli. S těhotnou ženou se setkávají v gynekologických ambulancích, při příjmu na porodní sál, během porodu a na oddělení gynekologie. Porodní asistentka pečuje o ženu během i po porodu mrtvého plodu a má zcela zásadní vliv na to, jak rodiče celou situaci přijmou a jak se s ní následně vyrovnají. Porodní asistentka by měla vždy respektovat potřeby a přání rodičů. Je nezbytné, aby se neustále vzdělávala a rozšiřovala obzory. Jedině tak je možné dosáhnout kvalitní a odborné péče o ženu a její rodinu během perinatální ztráty.

REFERENČNÍ SEZNAM

1. CHAKHTOURA, Nahida A.; REDDY, Uma M. Management of stillbirth delivery. In: *Seminars in perinatology*. WB Saunders, 2015. p. 501-504. Dostupné z: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0146000515000889?casa_token=xigdXējuDkUAAAAA:pVCiLkrgoSDPxY0Og1xZ1THZqy_xOCXcDjm61FczYWL_sIxYcftzygFGNIpAjNOjad6or19x6AU
2. CUNNINGHAM, F. Gary; NELSON, David B. Disseminated intravascular coagulation syndromes in obstetrics. *Obstetrics & Gynecology*, 2015, 126.5: 999-1011. Dostupné z: https://journals.lww.com/greenjournal/FullText/2015/11000/Disseminated_Intravascular_Coagulation_Syndromes.14.aspx
3. DOPORUČENÉ POSTUPY ČGPS ČLS JEP. Vedení porodu mrtvého plodu. *Česká gynekologická a porodnická společnost ČSL JEP*. 2014. Dostupné z: <https://www.porodniasistentky.info/wp-content/uploads/2016/08/p-2014-vedeni-porod-mrtveho-plodu.pdf>
4. FANCZAL, Eszter, et al. The Prognosis of Preterm Infants Born at the Threshold of Viability: Fog Over the Gray Zone—Population-Based Studies of Extremely Preterm Infants. *Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research*, 2020, 26: e926947-1. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7737408/>
5. FERNÁNDEZ-MEDINA, Isabel María, et al. Milk Donation Following A Perinatal Loss: A Phenomenological Study. *Journal of Midwifery & Women's Health*. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jmwh.13342>
6. FERNÁNDEZ-SOLA, Cayetano, et al. Impact of perinatal death on the social and family context of the parents. *International journal of environmental research and public health*, 2020, 17.10: 3421. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7277582/pdf/ijerph-17-03421.pdf>
7. FLENADY, V., et al. Meeting the needs of parents after a stillbirth or neonatal death. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2014, 121: 137-140. Dostupné z: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/1471-0528.13009>
8. GANDINO, Gabriella, et al. Healthcare professionals' experiences of perinatal loss: A systematic review. *Journal of Health Psychology*, 2019, 24.1: 65-78. Dostupné z: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1359105317705981>

9. HÁJEK, Zdeněk. *Rizikové a patologické těhotenství*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0418-8
10. HAQUE, Rezwanul, et al. Association of maternal obesity with fetal and neonatal death: Evidence from South and South-East Asian countries. *PloS one*, 2021, 16.9: e0256725. Dostupné z: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0256725>
11. HUTTI, Marianne H., et al. Predicting grief intensity after recent perinatal loss. *Journal of Psychosomatic Research*, 2017, 101: 128-134. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022399917301423>
12. JØRGENSEN, Mathilde Lindh, et al. Stillbirth—transitions and rituals when birth brings death: Data from a danish national cohort seen through an anthropological lens. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2021. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/scs.12967>
13. KATARIA, R.; LAL, T.; VISHWANATH, U. Perivable births: Time to make the gray zone a little less gray. *J Med Case Rep Case Series*, 2021, 2.7. Dostupné z: [file:///C:/Users/nasta/Downloads/1-JMCRCS2021_020703-1628242469%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/nasta/Downloads/1-JMCRCS2021_020703-1628242469%20(2).pdf)
14. LAWN, Joy E., et al. Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030. *The Lancet*, 2016, 387.10018: 587-603. Dostupné z: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673615008375?casa_token=iAi
15. LEHTONEN, Liisa, et al. Early neonatal death: a challenge worldwide. In: *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*. WB Saunders, 2017. p. 153-160. Dostupné z: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1744165X17300215?casa_token=S9E1F8incSEAAAAA:yhIIR0Wile26sJgNkDbve7oc6AdJ0gIVTkVMNIvH-kwGt1K-NREJHBEdtiprx5THa4AVLd0dxrE
16. LISTERMAR, Karin Henley; SORMUNEN, Taina; RÅDESTAD, Ingela. Perinatal palliative care after a stillbirth—midwives' experiences of using Cubitus baby. *Women and Birth*, 2020, 33.2: 161-164. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1871519219300812?via%3Dihub>
17. NGUYEN, Van; TEMPLE-SMITH, Meredith; BILARDI, Jade. Men's lived experiences of perinatal loss: A review of the literature. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2019, 59.6: 757-766. Dostupné z: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/ajo.13041>

18. MUTZ-DEHBALAIE, Irene, et al. Perinatal mortality and advanced maternal age. *Gynecologic and obstetric investigation*, 2014, 77.1: 50-57. Dostupné z: <https://www.karger.com/Article/Abstract/357168>
19. O'LEARY, Jonnn M.; GAZIANO, Cecilie. Sibling grief after perinatal loss. *Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health*, 2011, 25.3: 173. Dostupné z: https://www.researchgate.net/profile/Joann-Oleary/publication/216319805_Sibling_grief_after_perinatal_loss/links/02bc05525c1578f0a0bfff2c/Sibling-grief-after-perinatal-loss.pdf
20. RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Perinatální paliativní péče: péče o ženu a její rodinu, rituály rozloučení, proces truchlení a vyrovnávání se se ztrátou*. Praha: Grada, 2016. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-0121-4.
21. ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví. 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-247-5753-7.
22. STATISTICKÉ UKAZETELE ČESKÉ REPUBLIKY. Perinatologická statistika 2021. Dostupné z: <https://www.perinatologie.eu/cr-statisticke-ukazatele/>
23. ŠPAŇHELOVÁ, Ilona. *Prázdňá kolébka: jak překonat ztrátu dítěte před porodem nebo těsně po něm*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0942-3.
24. TANAKA, Satomi, et al. Understanding perinatal mortality. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*, 2010, 20.11: 317-322. Dostupné z: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1751721410001545?casa_token=Uptd2arRHIsAAAAA:Q7bKxrndfHJ89C2mLTkVSHoj3WwKk18Y6cpR7usnPnee2qfmZ1WBLYLfJ36UB06OCdkSgWgkX_eE
25. UGWUMADU, Austin. Management of stillbirth and perinatal loss. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*, 2015, 25.8: 217-221. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1751721415000974?via%3Dihub>
26. WORLD HEALTH ORGANIZATION, et al. *Neonatal and perinatal mortality: country, regional and global estimates*. World Health Organization, 2006. Dostupné z: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43444/9241563206_eng.pdf;jsessionid=C3F754260CAD3713B9BD897BE1256CAB?sequence=

SEZNAM ZKRATEK

aOR – Adjusted Odd Ratio

BMI – Body mass index (Index tělesné hmotnosti)

CI – Confidence Interval (Interval spolehlivosti)

DIC – Diseminovaná intravaskulární koagulopatie

WHO – World health organization (Světová zdravotnická organizace)

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1

Zásady péče o ženu během perinatální ztráty

Příloha č. 2

Komunikace s klientkou během perinatální ztráty

PÉČE O ŽENU BĚHEM PERINATÁLNÍ ZTRÁTY

HLAVNÍ ZÁSADY



1

Stručně a citlivě podané informace.

2

Strategie vedení porodu, plán péče.

3

Respektovat potřeby klientky, umožnit klientce vyjádřit emoce.

4

Vytvoření vzpomínek na dítětko.

5

Vyjádření účasti.

6

Poskytnutí kontaktů na podpůrné skupiny, poradenství.

PERINATÁLNÍ ZTRÁTA

KOMUNIKACE S KLIENTKOU

„Je v pořádku se vyplakat“

„Máte tolik času,
kolik potřebujete“

„Jsem tu pro Vás“

„Můžete se ptát na vše,
co Vás zajímá“

„Věřím, že tato situace je pro Vás
velmi náročná a neočekávaná“

„Moc mě mrzí, že se to stalo...“

