

UNIVERZITA KARLOVA

1. lékařská fakulta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2024

Klára Hlaviznová

UNIVERZITA KARLOVA

1. lékařská fakulta

Studijní program: Porodní asistence

Studijní obor: Porodní asistentka



Klára Hlaviznová

Péče o ženu při porodu mrtvého plodu

Nursing care of the woman during stillbirth

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: PhDr. Šárka Slabá, Ph. D

Praha, 2024

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 29. 4. 2024

Klára Hlaviznová

Podpis

Identifikační záznam

HLAVIZNOVÁ, Klára. *Péče o ženu při porodu mrtvého plodu. [Nursing care of the woman during stillbirth]*. Praha, 2024. 74 s., 1 příloha.

Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika gynekologie, porodnictví a neonatologie 1. LF UK a VFN Praha. Vedoucí práce: Slabá, Šárka

Poděkování

Chtěla bych poděkovat vedoucí mé bakalářské práce PhDr. Šárce Slabé, Ph. D za trpělivost, cenné rady a připomínky. Velký dík také patří mé rodině a mým přátelům za obrovskou podporu po dobu celého mého studia.

V neposlední řadě bych chtěla moc poděkovat všem ženám, které se rozhodly sdílet svou zkušenost s porodem mrtvého plodu a zúčastnily se výzkumu.

Abstrakt:

Bakalářská práce se zabývá tématem péče o ženu při porodu mrtvého plodu. Práce má část teoretickou a praktickou. Teoretická část definuje uvedenou terminologii. Popisuje problematiku vedení porodu mrtvého plodu, a to hlavně z ošetrovatelského hlediska. Velký důraz je kladen na následnou péči o ženu po porodu mrtvého plodu a jaký význam mohou mít upomínkové předměty na následné prožívání ztráty. Dále se teoretická část práce věnuje i péči o ženu v raném šestinedělí. Posledním tématem je problematika truchlení a následné sociální péče. Praktická část bakalářské práce je vedena kvantitativně. Zkoumaný vzorek tvoří ženy, které prošly porodem mrtvého plodu a byly ochotné se o svou zkušenost podělit. Otázky dotazníku se zaměřují na čas strávený s dítětem po porodu a na význam upomínkových předmětů. Důraz je kladen na otázky vlivu těchto událostí na následné prožívání ztráty. Součástí výzkumu je i zhodnocení spokojenosti žen s personálem porodnice a případná identifikace kroků, které by ženám pomohly lépe se situací vyrovnat.

Klíčová slova:

mrtvý plod, perinatální ztráta, porod, truchlení, rituály, porodní asistentka, komunikace

Abstract:

This bachelor's thesis deals with the topic of nursing care of the woman during stillbirth. The thesis has a theoretical and practical part. The theoretical part deals with the definition of the mentioned terminology. It explains the issue of managing the delivery of a dead foetus, mainly from a nursing perspective. Great emphasis is placed on the subsequent care of a woman after giving birth to a stillborn foetus and the importance of mementos in the subsequent experience of loss. Additionally, the theoretical portion encompass care for women during the initial six weeks postpartum. The last topic is the issue of grief and subsequent social care. The practical part of the bachelor thesis is conducted quantitatively. The research sample consists of women who have given birth to a stillborn foetus and are willing to share their experience. The questions for female respondents are focussed on the topic of time spent with the baby after giving birth and on the topic of mementos. Emphasis is placed on questions seeking, how influential were these events on the subsequent experience of loss. Part of the research is also deal with women's satisfaction with the staff at maternity hospitals and possibly what steps would help women cope better with this situation.

Key words:

stillbirth, perinatal loss, delivery, groaning, rituals, midwife, communication

Obsah

Úvod	10
1. Porod mrtvého plodu	11
1.1. Perinatální mortalita	11
1.2. Příčiny	11
1.3. Diagnostika	12
1.4. Rizika	12
2. Vedení porodu mrtvého plodu.....	13
2.1. Preindukce a indukce porodu	13
2.2. Analgezie.....	14
2.3. Sectio caesarea	15
2.4. Zmenšovací operace	16
2.5. Vyšetření po porodu	16
2.6. Komunikace se ženou v průběhu porodu	17
3. Rituál rozloučení	19
3.1. Kontakt s dítětem	19
3.2. Memorybox.....	20
3.3. Vliv upomínkového předmětu na budoucí prožívání	21
4. Péče o ženu v šestinedělí	22
4.1. Ošetrovatelská péče o rodičku	22
4.2. Specifika péče o ženu po porodu mrtvého plodu	22
4.3. Zástava laktace.....	23
5. Truchlení.....	24
5.1. Fáze truchlení.....	24
5.2. Truchlení rodičů	25
5.3. Truchlení sourozenců.....	26
5.4. Komplikované truchlení	27
6. Sociální aspekty	29
6.1. Pohřebné.....	29
6.2. Sociální dávky.....	29
6.3. Podpůrné organizace	30
7. Stanovení cílů a výzkumných otázek	31
7.1. Cíle práce	31
7.2. Výzkumné otázky	31

8. Metodologie	32
8.1. Organizace výzkumu	32
8.2. Výzkumný soubor	32
8.3. Zpracování výsledků.....	32
9. Výsledky a analýza dat.....	33
9.1. Otázka č. 1.....	33
9.2. Otázka č. 2.....	34
9.3. Otázka č. 3.....	35
9.4. Otázka č. 4.....	36
9.5. Otázka č. 5.....	37
9.6. Otázka č. 6.....	38
9.7. Otázka č. 7.....	39
9.8. Otázka č. 8.....	40
9.9. Otázka č. 9.....	41
9.10. Otázka č. 10	42
9.11. Otázka č. 11	43
9.12. Otázka č. 12.	44
9.13. Otázka č. 13.	45
9.14. Otázka č. 14	47
9.15. Otázka č. 15	48
9.16. Otázka č. 16	49
9.17. Otázka č. 17	50
9.18. Otázka č. 18	51
9.19. Otázka č. 19	52
10. Vyhodnocení výzkumných otázek.....	53
11. Vyhodnocení výzkumných cílů a diskuse.....	56
Závěr	60
Seznam použité literatury	61
Seznam zkratk	65
Seznam grafů.....	66
Seznam tabulek	67
Přílohy	68
Příloha č. 1 – Dotazník.....	68

Úvod

Porod mrtvého plodu je bezesporu jedna z nejnáročnějších emočních situací, jak pro rodiče, tak i pro samotný personál porodnice. Právě proto si myslím, že by se i takto náročné problematice měla věnovat zvláštní pozornost a porodní asistentka by měla být i na tuto možnost ukončení těhotenství připravena. Zároveň vnímám, že se i personál porodnice vyhýbá diskusi na toto téma a má z celé problematiky strach. Bohužel ale tato problematika nezmizí jen díky tomu, že bychom o ní přestali diskutovat. Proto se domnívám, že by personál měl být v této oblasti dostatečně edukován. Jelikož, když člověk o určitém tématu dostatečně mluví, navzdory jeho složitosti, strach se postupně zmírní a nahradí ho pocit jistoty a sebevědomí. A přesně to potřebují rodiče, kteří porodem mrtvého plodu prochází.

Tato práce poskytuje informace nejen ohledně ošetrovatelské péče, ale velkým dílem se zaměřuje i na psychické prožívání žen. Na tyto rodičky má bezesporu velký vliv komunikace s personálem nemocnice a jejich chování. Proto je zde velmi důležitá role porodní asistentky, která by se měla ženě stát průvodkyní celou situací, a hlavně jí být v dané situaci co největší oporou. Způsob, jakým porodní asistentka jedná se ženou, formuje celou zkušenost rodičky s porodem, a tím pádem i formuje vzpomínky rodičů na jejich dítě.

Pro tuto práci je významná problematika rituálu rozloučení a jeho současné podoby jak v zahraničí, tak v České republice. Hledá odpovědi na otázky, jak rodičům doporučovat kontakt s jejich dítětem anebo jak velký význam má pro rodiče ponechání si upomínkového předmětu na jejich dítě. Právě v těchto situacích vidím největší úlohu porodní asistentky, a tou je citlivě a lidsky edukovat rodičku o celé porodní péči, a hlavně o chvílích, které nastanou po porodu. Porodní asistentka by měla umět ženě empaticky sdělit, jak se se svým dítětem může rozloučit, případně jaké vzpomínky si na něj může udělat. Zároveň by v průběhu celého rituálu rozloučení měla stát na straně ženy a být jí oporou. Úkolem porodní asistentky ale není ženu přesvědčit o tom, aby všechny tyto úkony absolvovala, a ženu do čehokoliv nutit. Jejím úkolem je naopak respektovat veškerá splnitelná přání matky a poskytovat jí bezpečný prostor pro vyslovení všech jejích myšlenek, přání i obav.

Cílem práce je obsáhnout tuto problematiku z co nejširšího úhlu pohledu. Dalším nedílným cílem je otevření takto náročného tématu, poskytnutí prostoru k diskusi a alespoň malým kouskem přispět k jeho detabuizaci.

1. Porod mrtvého plodu

Porod mrtvého plodu je definován jako porod plodu bez žádných ze známek života s hmotností převyšující 500 g. Jestliže nelze zjistit hmotnost plodu, označují se tak plody, jež se narodily po dokončeném 21. týdnu těhotenství (zákon 372/2011 sb.). Není-li známa hmotnost plodu ani délku trvání těhotenství, rozhoduje délka plodu, která musí být větší než 25 cm. Znamky života jsou celkem čtyři – srdeční akce, dýchání, svalové pohyby a pulzace pupečníku (Dubová, Zikán 2022).

1.1. Perinatální mortalita

Perinatální mortalita je počet perinatálně zemřelých dětí na počet živě narozených. Udávána je v promile. Jako perinatální období je označována doba od dokončeného 22. týdne těhotenství do sedmého dne od porodu (Roztočil, 2020).

Perinatální mortalita obsahuje dvě složky, a to je mrtvorozenost a časná novorozenecká úmrtnost. Za mrtvorozené dítě je považováno to, jež se narodí bez žádné ze známek života a má hmotnost větší než 500 g. Tvoří ho úmrtí intrauterinní, antepartální a intrapartální. Časná novorozenecká mortalita zahrnuje děti, které se narodily alespoň s jednou nebo více známkami života a zemřeli do sedmého dne po porodu. (Procházka, 2020).

Nejaktuálnější data pochází z roku 2022 a vychází pod záštitou Českého statistického úřadu. Tato statistika uvádí perinatální úmrtnost 4,6 ‰. Celková mrtvorozenost je zde předkládána jako 3,7 ‰ (Český statistický úřad, 2023).

1.2. Příčiny

Ve 20-50 % případech příčinu smrti plodu nelze jednoznačně prokázat. Pravděpodobnost úmrtí plodu se mění s týdnem těhotenství. Od 26. týdne riziko klesá, nejnižší je v termínu porodu, a poté riziko opět stoupá (Hájek, 2014).

Příčiny dělíme na příčiny ze strany matky, ze strany plodu a ze strany placenty a pupečníku. Mezi příčiny ze strany matky se řadí těžká a nekompenzovaná preeklampsie, HELLP syndrom, diabetes mellitus, abúzus návykových látek, šok nebo trauma. Příčiny ze strany plodu jsou vrozené malformace, nitroděložní infekce, genetické poruchy nebo vrozené poruchy metabolismu. Placentární a pupečnickové příčiny jsou abrupce placenty, placenta praevia, vasa praevia, pravý uzel na pupečníku nebo prolaps pupečníku (Procházka 2020). Abrupce placenty způsobuje 8-20 % případů intrauterinní smrti plodu. Na její vznik má vliv například trauma – typické pro autohavárii, jizvy na děloze, hypertenze, kouření anebo vyšší věk rodičky (Pařízek, 2012).

Častou příčinou nitroděložního úmrtí plodu jsou infekce, které se typicky šíří ascendentně z genitálního ústrojí těhotné ženy. Tyto infekce následně mohou způsobovat

zánět plodových obalů, který vede k abrupci placenty. Více než s bakteriálními infekcemi se setkáváme s infekcemi virovými. Zástupcem virových infekcí je parvovirus B19 nebo cytomegalovirus, jenž způsobuje zánětlivé změny v placentě, trombózy v pupečnickových cévách a hydrops plodu (Hájek, 2014).

Vyšší výskyt intrauterinní smrti plodu je také u žen postižených autoimunitními chorobami. Typicky to je myasthenia gravis a lupus erythematoides. Dnes již méně častá příčina smrti plodu je ionizující záření a vystavení se těžkým kovům nebo některým farmakům, jež jsou pro plod toxické. Takovým farmakem je typicky antikoagulancium warfarin (Pařízek, 2012).

1.3. Diagnostika

Příznaky úmrtí plodu v děloze se dělí na subjektivní a objektivní. Subjektivním příznakem je nejčastěji nepřítomnost pohybů dítěte (Hájek, 2014). Vnímání pohybů se liší dle toho, zda již žena někdy těhotná byla či nikoliv. U primipary jsou pohyby vnímatelné až od 20. týdne těhotenství. Multipary ale pohyby cítí již v 18. týdnu těhotenství (Wilhelmová, 2021). Objektivním příznakem intrauterinní smrti dítěte je krvavý výtok, stagnace růstu děložního fundu nebo úbytek hmotnosti. Definitivní diagnózu stanovují dva porodníci dle nálezu na ultrazvuku (Pařízek, 2012).

Při podezření na intrauterinní smrt plodu se nejprve ověřuje přítomnost srdeční akce na kardiokotografu. Stěžejní je ale vyšetření ultrazvukem, kde je na srdci viditelná asystolie a dilatace. Pokud je plod v děloze mrtvý déle než sedm dní, je přítomné Spaldingovo znamení. To se projevuje střechovitým překrýváním lebečních kostí. (Hájek, 2014)

1.4. Rizika

Nejzávažnějším rizikem pro matku při nitroděložním úmrtí plodu je vznik syndromu diseminované intravaskulární koagulace. V počáteční fázi tohoto syndromu je přítomná přechodná nitrocévní hyperkoagulace, při níž vnikají mikrotromby. Tato rychlá a velká spotřeba koagulačních faktorů vede velmi rychle k jejich vyčerpání. Následkem toho se rozvíjí stav silného krvácení, které nemusí být pouze z genitálií (Pařízek, 2012). DIC se ale nemusí projevit hned. Ve 25 % - 30 % případech se tento syndrom rozvíjí až po měsíci od intrauterinní úmrtí dítěte (Hájek, 2014). Syndrom se dá diagnostikovat klinicky dle příznaků, kterými jsou převážně viditelná nesrážlivá krev bez trombů, rozvíjející se hemoragický šok, syndrom akutní dechové tísně a akutní selhání ledvin (Dubová, Zikán, 2022). Dalšími riziky pro matku jsou infekce, jež mohou vést až k rozvoji sepse nebo dalšímu onemocnění matky. Typicky to jsou infekce, které vedly k úmrtí plodu. Rizikem pro matku jsou i závažná systémová onemocnění, které opět vedla ke smrti plodu. Jimi jsou preeklampsie, HELLP syndrom nebo těžká nefropatie (Hájek, 2014).

2. Vedení porodu mrtvého plodu

Při potvrzení diagnózy intrauterinní smrti plodu se provádí vyšetření krevního obrazu, koagulačních parametrů, CRP, biochemie, parvoviru B19, syfilidy, trombofylie a vyšetření moči. V indikovaných případech se tato vyšetření doplňují ještě o toxikologické vyšetření a orálně glukózový toleranční test (Marešová, Fiala, 2019). U těhotné ženy sledujeme hodnoty krevního tlaku, pulsu a tělesné teploty. Celkové vyšetření je třeba doplnit ještě vnitřním a vnějším porodnickým vyšetřením (Procházka, 2020). Pomocí vnějšího vyšetření pohmatem lze zjistit polohu, postavení a naléhání plodu nebo také kondici dělohy. Na děloze lze hmatat její bazální tonus a případně přítomnost kontrakcí. Vnitřní vyšetření vypovídá o otevírání, konzistenci, směru a zkrácení děložního čípku. Hodnotit lze i sestup hlavičky a s tím spojené naléhání hlavičky na vchod pánevní (Wilhelmová, 2021).

Jako prevence infekce matky je vždy ordinována profylaktická léčba antibiotiky. Při úmrtí plodu v děloze se také zvyšuje riziko vzniku tromboembolické nemoci. Vzniku této nemoci se dá předejít podáváním nízkomolekulárního heparinu, který se aplikuje až do úplné mobilizace rodičky (Marešová, Fiala, 2019).

Pokud není přímo ohrožen zdravotní stav matky, je vhodné jí, a případně jejímu doprovodu, poskytnout dostatek času na zpracování situace. V případě, že má žena u sebe doprovod, lze jí nabídnout odchod z nemocničního zařízení. Díky tomu by žena mohla zpracovat prvotní šok v domácím prostředí. Dle zvyklosti pracoviště se žena hospitalizuje a poté se začíná s preindukcí a indukci porodu. Rodiče by měl zdravotnický personál dostatečně edukovat o celém průběhu porodu, o možnostech tlumení bolesti i o rituálech souvisejících s rozloučením se s miminkem. S výhodou je sepsání porodního přání (Roztočil, 2017).

2.1. Preindukce a indukce porodu

Jestliže je ohrožen zdravotní stav matky, například z důvodu těžké preeklampsie, abrupce placenty nebo HELLP syndromu, je třeba konat rychlé kroky, vedoucí k ukončení těhotenství. Primárně je porod veden vaginální cestou. Pouze ve výjimečných případech lze využít vakuumextraktor, forceps nebo v krajních případech i zmenšovací operace. Vaginální porod je indikovaný i v případě, kdy je plod v poloze podélné koncem pánevním (ČGPS a ČLS JEP, 2019).

Indukce a preindukce při porodu mrtvého plodu je shodná, jako v případě porodu živého plodu.

Preindukce předchází indukci, v případě, kdy je děložní hrdlo nezralé. Metody preindukce se dělí na mechanické a farmakologické (Vlk, 2016). Mechanická preindukce spočívá v zavedení foleyova katetru transcervikálně za vnitřní branku. Katetr se následně naplní 30-60 ml fyziologického roztoku. Takto naplněný katetr roztahuje a stimuluje děložní

hrdlo (Marešová, Fiala, 2018). Farmakologická metoda preindukce se zakládá na podání prostaglandinů. Lze k ní použít jak prostaglandin E1 tak prostaglandin E2 (Vlk, 2016).

Indukce spočívá v nastartování děložní činnosti u žen, které nemají kontrakce. Dělíme ji také na mechanickou a farmakologickou. Mechanickou metodou indukce je dirupce vaku blan. K jejímu provedení ale musí mít rodička pokročilý vaginální nález (Vlk, 2016). Dirupce se indikuje v případech, kdy hrozí abrupce placenty nebo žena krvácí. Provádí se speciálním amniálním háčkem. Jejím rizikem je prolaps pupečníku a větší riziko infekce. Provádí se na vrcholu kontrakce, kdy je vak blan v největším napětí (Roztočil, 2020). Farmakologickou metodou indukce je parenterální podávání syntetického oxytocinu anebo aplikace prostaglandinů (Vlk, 2016).

Prostaglandiny se podávají transcervikálně ve formě gelu nebo intravaginálně ve formě tablet. Při nedostatečném účinku lze dávku po dvou hodinách opakovat. Oxytocin se běžně ordinuje po předchozí dirupci vaku blan, jestliže po ní nenastala do dvou hodin děložní činnost. Aplikuje se parenterálně a s pomocí infuzní pumpy (Hájek, 2014).

2.2. Analgezie

Metody analgezie jsou v případě porodu mrtvého plodu podobné jako v případě porodu živého plodu. Jedinou výjimkou je možnost podání většího množství opiátů, než je u fyziologického porodu běžné. V případě porodu mrtvého plodu je nejpreferovanějším způsobem tlumení bolesti epidurální analgezie (Hájek, 2014).

Epidurální analgezie spočívá v dočasném přerušení vedení nervových vzruchů pomocí podání směsi lokálních anestetik a opiátů do epidurálního prostoru páteře prostřednictvím katetru. Díky analgezii dochází k uklidnění rodičky a k lepší spolupráci se zdravotnickým personálem (Binder, 2014). Další výhodou je i to, že tento typ analgezie neovlivňuje vědomí rodičky a působí pouze lokálně. Podmínkou pro podání je ale vyšetření koagulačních parametrů z důvodu rizika vzniku hematomu v místě zavedení katetru (Procházková, 2020).

Směs léčiv lze podávat do epidurálního katetru jak kontinuálně, tak bolusově. Podmínkou pro aplikaci analgezie je zavedení periferního žilního katetru a sledování fyziologických funkcí rodičky. Sledujeme především tlak, puls a senzomotorické funkce dolních končetin (Dubová, Zikán, 2022).

Opiáty mají analgetické a sedativní účinky. Obecně nejobávanějším vedlejším účinkem podávání opiátů je útlum dechového centra a útlum peristaltiky (Roztočil, 2017). V porodnictví se dříve nejčastěji používal Pethidin. Efektivně snižuje intenzitu porodních bolestí a zároveň má spasmolytické účinky. Analgeticky působí dvě až tři hodiny. Má ale časté nežádoucí účinky, které mohou být nauzea, zvracení, hypotenze nebo ospalost. V krajních případech může způsobovat i amnézii na porod, proto se již aktuálně využívá

výjimečně (Procházka, 2020). V dnešní době se častěji používá nalbufin. Má slabší analgetické působení, ale méně častěji se objevují nežádoucí účinky (nauzea, zvracení, deprese dechu). Nově se také používá remifentanil. Jeho výhodou je rychlý pocit úlevy od bolesti a rychlé odbourávání v metabolismu (Dubová, Zikán, 2022).

Během porodu lze aplikovat i nefarmakologické metody tišení bolesti. Prvotní redukcí stresu rodičky je seznámení se s prostředím porodního pokoje a s průběhem celého porodu (Dubová, Zikán, 2022). Nejjednodušší metodou, jak lépe zvládat porodní bolest, je soustředění se na klidné a hluboké dýchání. Často používaná je rovněž hydroterapie čili terapie horkou vodou. Teplá voda má obecně spasmolytický účinek a snižuje napětí. Praktikuje se jak ve sprše, tak ve vaně. Nevýhodou vany je ale kontraindikace s epidurální analgezií z důvodu rizika hypotenze. Moderní metodou tlumení bolesti je také aromaterapie, akupresura, masáže a audioterapie (Wilhelmová, 2021).

2.3. Sectio caesarea

Císařský řez v případě intrauterinní smrti plodu není řešením první volby. Je indikován pouze v případě, kdy je bezprostředně ohrožen zdravotní stav matky, například z důvodu těžké preeklampsie, HELLP syndromu nebo závažné kardiovaskulární nebo respirační nemoci, nebo je zde absolutní kontraindikace k vaginálnímu vedení porodu. Poslední situací, kdy je třeba císařský řez provést je situace, kdy plod nelze všemi dostupnými metodami porodit vaginálně. Taková situace je způsobena kefalopelvickým nepoměrem (ČGPS a ČLS JEP, 2019).

Absolutní indikací k provedení císařského řezu jsou patologické stavy placenty. Takovým stavem je placenta praevia, kdy je placenta uložena nízko u děložního hrdla. Dělí se na čtyři stupně dle toho, do jaké míry hrdlo překrývá. Diagnostikuje se již v těhotenství na základě vaginálního ultrazvuku a vaginálního vyšetření (Roztočil, 2017). Mezi další patologie placenty se řadí abrupce placenty, kdy se placenta odloučí předčasně ještě před porodem plodu. Tento stav vede k život ohrožujícímu krvácení anebo syndromu diseminované intravaskulární koagulace (Binder, 2014). Indikací k císařskému řezu je také placenta accreta, increta a percreta. Tyto pojmy popisují stavy, kdy placenta abnormálně pevně adhezuje do stěny dělohy. S těmito stavy se dle stupně adherence velmi často váže riziko hysterektomie (Pařízek, 2012).

Dalšími indikacemi k provedení císařského řezu je nezdařilá indukce porodu, nepostupující porod a indikace z jiného než z gynekologického hlediska – oční, neurologické, ortopedické (Šálková, 2021).

Císařskému řezu předchází antibiotická profylaxe, oholení místa řezu, zavedení permanentního močového katetru a periferního žilního katetru. Anestezie se volí buďto místní nebo celková. Obecně je místní anestezie pro ženu méně fyzicky náročná, nevyžaduje

intubaci, jsou zachovány obranné reflexy (kašláni), ale hrozí u ní riziko hypotenze a nauzey. Celková anestezie má oproti místní rychlejší nástup účinku (Procházka, 2020).

Nejčastěji je používán Pfannenstielův řez, jež je prováděn jako nízká transverzální incize zhruba 2-3 cm nad symfýzou. (Šálková, 2021). Po provedení kožní incize je rozvolněna podkožní tkáň až na fascii přímého břišního svalu a ten je následně přetnut. Poté operátor manuálně preparuje šikmý břišní sval, až dosáhne peritonea. Peritoneum otevře a pomocí sesunutí močového měchýře se odhalí dolní děložní segment (Procházka, 2020). Následně je provedena uterotomie. Preferován je nejčastěji transverzální Geppertonův řez. Tento řez respektuje vlákna myometria a tím pádem způsobuje nejméně komplikací (Šálková, 2021). Operátor následně protrhne vak blan a vybaví dítě. Po vybavení dítěte se standartně podávají intravenózně uterotonika a manuálně se vybaví placenta. Incize na děloze se šije ve dvou vrstvách. Sutura na břišní straně se šije v anatomických vrstvách (Roztočil, 2017). Rodička je po porodu přemístěna na jednotku intenzivní péče ke sledování fyziologických funkcí.

Nejčastější komplikace po porodu císařským řezem jsou infekce, krvácení z rány a rozvoj tromboembolické nemoci (Šálková, 2021). Zároveň i přes porod císařským řezem by rodiče měli mít možnost se se svým dítětem rozloučit, pokud o to projeví zájem (Procházka, 2020).

2.4. Zmenšovací operace

Zmenšovací operace jsou výkony, při níž se instrumentálně zmenší tělo plodu tak, aby byl možná jeho extrakce porodními cestami (Hájek, 2014). Význam těchto výkonů je především v historii a v rozvojových zemích. V dnešní době a této zemi se používají pouze u porodu mrtvého plodu se zborcenou lebku nebo u pozdě poznaného úmrtí plodu (Dubová, Zikán, 2022).

Zmenšovací operace se dělí dle místa výkonu. Operace na hlavě jsou kraniotomie, kdy dochází k perforaci dutiny lebeční a vyplavením mozkové tkáně, kraniotrypsie, při níž se rozdrťí kostěné části hlavičky anebo dekapitace (Pařízek, 2012). Dále je možné provést kleidotomii, při níž se cíleně zlomí klíční kost. Posledním typem zmenšovací operace je exenterace. Při té jsou vaginální cestou vyjmuty hrudní i břišní orgány plodu. Provádí se zejména v příčných polohách plodu nebo u makrosomních plodů (Roztočil, 2017).

2.5. Vyšetření po porodu

Dle nejnovější doporučených postupů již není nutné zasílat plod připojený k pupečníku k anatomicko-patologické pitvě (ČGPS a ČLS JEP, 2019).

U porodu mrtvého porodu je přítomen i pediatr, aby provedl ohledání plodu. Provádí se také laboratorní vyšetření. Konkrétně to je kultivace z placentárního povrchu a blan.

Kultivace je hodnocena na histologickém vyšetření, které má za cíl prokázat případnou chorioamnionitidu nebo další komplikace v pupečníku. (Hájek, 2014)

Součástí vyšetření je zvážení plodu a změření obvodu jeho hlavičky. Důraz je kladen i na placentu. Zkoumá se její váha a vhodná je i její fotografie. Součástí dokumentace jsou fotografie plodu, případně jeho malformací. Plod je následně po ohledání odeslán k pitvě. Po porodu se opět matce odebírá krev na vyšetření krevního obrazu, CRP, biochemie, koagulačních parametrů, sérologie, trombofilie, syfilidy a TSH (ČGPS a ČLS JEP, 2019).

Ošetřovatelská péče o ženu je následně stejná jako péče o ženu po fyziologickém porodu. Po porodu placenty je rodičce zkontrolováno a případně ošetřeno porodní poranění. Provádí se také kontrola poporodního krvácení, retrakce dělohy a monitorace fyziologických funkcí (krevní tlak, puls a tělesná teplota) (Wilhelmová, 2021).

2.6. Komunikace se ženou v průběhu porodu

Porod mrtvého plodu je pro většinu žen, na rozdíl od porodu živého dítěte, z hlediska jeho průběhu a následné péče, nepředstavitelný. Proto je přirozené, že rodičky mohou chtít znát veškeré podrobnosti porodu. Rodiče by měli mít k dispozici zdravotníka, který je vyslechne a následně je připraven jim citlivě odpovídat na jejich dotazy. Vhodná je konzultace s klinickým psychologem (Ratislavová, 2016). Rodiče jsou po sdělení diagnózy mnohokrát ve fázi šoku, tudíž je možné, že se na otázky bude ptát opakovaně. U rodičů se projevují i obranné mechanismy proti takto silnému stresu. Příkladem je stav disociace, kdy dochází k odosobnění a ke stavu, kdy vědomí není schopné tuto skutečnost zpracovat. Jedním z projevů disociace je amnézie (Takács a další, 2015).

Prvotní reakce rodiček je často přání císařského řezu. Toto přání by se dalo interpretovat jako přání mít už celý porod co nejdříve za sebou (Ratislavová, 2016). V takové situaci jsou rodičce vysvětlena pozitiva porodu vaginální cestou jako je kratší rekonvalescence a menší rizika do dalšího těhotenství. Takovým rizikem je jizva na děloze. Jejím následkem se mohou vyskytovat problémy s dalším otěhotněním, poruchy uložení placenty nebo ruptura dělohy (Procházka, 2020). Rodička je ujistěna, že bude mít k dispozici veškeré prostředky k tlumení bolesti (Ratislavová, 2016).

Před začátkem porodu probíhá diskuse rodičky s porodní asistentkou nebo lékařem o celém průběhu porodu, a hlavně o krocích, které budou následovat po porození dítěte. Pacientku by personál měl vést k tomu, aby svá rozhodnutí ohledně rozloučení se s dítětem provedla samostatně, případně po konzultaci s partnerem, či jiným člověkem, kterému žena důvěřuje (Špaňhelová, 2015).

Rodiče v australském výzkumu uvádí vděčnost především za lidský přístup zdravotníků během celého porodu. Personál, který o rodiče pečuje, akceptuje jejich pocity a citlivě na ně reaguje, je považováni za velkou oporu. Pláč a další projevy zaměstnanců

nemocnice mohou působit neprofesionálně, ale z výpovědí rodičů vyplynulo, že naopak tento projev empatie a sounáležitosti rodiče kvitují (Peters a další, 2015).

Pokud je to v možnostech porodnice, je třeba ženě umožnit přítomnost blízké osoby. Většina žen volí jako doprovod k porodu svého partnera. Zdravotníci by měli mít ale na paměti, že i pro doprovod je porod mrtvého dítěte velkou stresovou zátěží, tudíž by je neměly překvapit jejich emocionální výkyvy (Špaňhelová, 2015).

3. Rituál rozloučení

V otázce, zda by se měli rodiče rozloučit se svým dítětem je odborná literatura velmi zdrženlivá. Většina autorů doporučuje personálu nemocnice navodit bezpečné prostředí a nabídnout rodičům veškeré možnosti rituálu rozloučení a zcela respektovat jejich volbu, zda si budou přát se se svým dítětem rozloučit, či nikoliv.

3.1. Kontakt s dítětem

Možnosti rozloučení jsou doporučeny diskutovat s rodiči již před započítím porodu. Ale i po porodu by měli mít rodiče prostor na jakoukoliv změnu svého rozhodnutí. Jestliže se rodiče budou chtít se svým dítětem po porodu vidět je čistě jejich volba. Je nutné rodiče připravit na to, že miminko možná nebude vypadat jako běžný novorozenec v závislosti na příčině úmrtí i na čase smrti. V souvislosti s náboženstvím i kulturou je třeba rodičům poskytnout možnost přivedení si na porodní sál i dalších příbuzných nebo sourozenců, je-li to v možnostech porodnice (Batra a další, 2021).

Je třeba respektovat rozhodnutí rodičů o odmítnutí kontaktu s dítětem. Jestliže rodiče se necítí připraveni nebo nevědí, co v situaci dělat, je možné počkat a nabídnout jim kontakt s dítětem opět po nějaké době. Během rozmyšlení rodičů lze dítě umýt, obléknout a zabalit do zavinovačky, pokud si to nepřejí rodiče udělat sami. Pro lepší představivost lze rodičům slovně popsat vzhled miminka (Špaňhelová, 2015).

Během celého porodu i v čase po něm je třeba jednat s rodiči i se zemřelým miminkem s úctou a respektem. Je doporučeno, aby zdravotnický personál oslovoval dítě jménem dle výběru rodičů (Bužgová, 2019).

Mnoho rodičů se obává, že jim kontakt s jejich dítětem způsobí trauma a budou tohoto rozhodnutí zpětně litovat. Z finského výzkumu lékařky Pekkola se zastoupením stovky respondentů, ale vyplývá pravý opak. Všechny matky v tomto výzkumu zcela nesouhlasily s tvrzením, že zpětně litují chování si svého dítěte. Jejich partneři s tvrzením zcela nesouhlasily v 95 % odpovědí (Pekkola a další, 2022).

Pozitivní vliv chování si dítěte a vidění se s ním dokládá i souhrnná britská analýza lékařky Kingdon. Dle respondentů jim kontakt s dítětem pomohl vytvořit si na něj vzpomínky a pomohl jim nalézt dostatečnou podporu v případném dalším těhotenství. Výsledek tohoto výzkumu je natolik slibný, že doporučuje zařadit nabídku kontaktu rodičů s jejich zemřelým dítětem do doporučených postupů. Zároveň ale zdůrazňuje individualitu rodičů a nutnost nevyvíjet na rodiče žádný nátlak (Kingdon, a další, 2015).

Ve 20. století se v Česku se běžně mrtvorozené dítě odnášelo z porodního sálu hned po narození z důvodu, aby pohled na něj rodiče netraumatizoval. Zdravotníci tak jednali, jelikož chtěli tímto způsobem zmírnit emoční utrpení rodičů. Rodiče tedy svoje dítě nikdy

neviděli, často ani nedostali informace ohledně váhy a míry nebo i ohledně pohlaví. V následujících letech ale ženy uváděly negativní emoce spojené s lítostí nad nerozloučením se se svým dítětem. V zahraničí se již během sedmdesátých let 20. století začal preferovat jiný způsob rozloučení s mrtvorozeným dítětem. Tento způsob doporučoval rodičům dítě vidět, držet, poznat ho a následně se s ním rozloučit. Z tohoto postupu se brzy stala rutina, tudíž na rodiče vznikl sociální tlak, aby tento rituál absolvovali. Rodiče proto mohli mít pocit, že se s dítětem musí rozloučit, poněvadž to od nich zdravotnický personál očekává a okolí by je odsoudilo jako špatné rodiče. Následné výzkumy ale potvrdily, že tento tlak má negativní dopad na psychické prožívání rodičů. Také projevy rodičů na celou ztrátu nemusely být autentické, ale opět se mohly přizpůsobovat dle očekávání personálu (Ratislavová, 2016).

Ve výzkumu Ratislavové v českých porodnicích ale žádná z respondentek tlak ze strany personálu neuváděla. Většina žen se shodla v tom, že jim byl personál nemocnice oporou během rozhodování se o podobě rituálu rozloučení. Také žádná z respondentek výzkumu neuváděla potřebu dítě koupat nebo se s ním loučit v domácím prostředí, jak je tomu běžné v zahraničí. Tento výzkum ale také ukázal na to, že pouze 29 % žen své dítě po porodu drželo, 15 % žen dítě pouze vidělo a 56 % žen své dítě po porodu ani nevidělo. V zahraničí se ale setkáváme s čísly mnohem vyššími (Ratislavová, 2015). Ve výzkumu, realizovaném ve Velké Británii doktorkou Crawley drželo své dítě 94 % žen a 6 % žen své dítě jen vidělo, tudíž každá z respondentek tohoto výzkumu své dítě alespoň viděla (Crawley a další, 2013). Na zkušenost rodičů s kontaktem s mrtvorozeným dítětem se zaměřuje švédský výzkum magistry Avelin. Dle něho drželo své dítě 76 % matek a 85,2 % otců. Svě dítě jen vidělo 17,7 % matek a 13,2 % otců. Pouze 6,3 % matek a 1,6 % otců své dítě vůbec nevidělo (Avelin a další, 2012).

Výzkum Ratislavové také zkoumal, kdo rozhodl o případném kontaktu matky s dítětem a jestli tento faktor měl vliv na budoucí prožívání ztráty. Výsledky ukázaly, že když o kontaktu s dítětem rozhodovala matka, byl její zármutek statisticky menší než u žen, za které toto rozhodnutí udělal personál nemocnice (Ratislavová, 2015).

Omezený nebo i žádný čas na rozloučení se s miminkem a absence vzpomínkových předmětů může mít dlouhodobé následky na prožívání ztráty. Rodiče si mohou klást otázky, zda jejich dítě skutečně existovalo, jestliže na něj nemají žádnou hmatatelnou vzpomínku. Také se u rodičů, kteří si neponechali žádný upomínkový předmět, zvyšuje riziko vzniku depresivních a úzkostných syndromů (Bužgová, 2019).

3.2. Memorybox

Vzpomínková krabička je naplněna předměty, jež slouží k vytváření si vzpomínek na zemřelé miminko. Obsah se může lišit a rodiče si ho mohou přizpůsobovat dle sebe. Problematice memoryboxů a celkově problematice ztráty miminka se v České republice

věnuje perinatální hospic „Dítě v srdci z.s.“. Tato organizace se zabývá tvorbou a distribucí memoryboxů do nemocnic po celém Česku. Tyto krabičky obsahují sadu na otisky ručiček nebo nožiček, oblečení pro miminko, pohádkovou knížku, dvě hračky – jednu pro miminko a jednu pro rodiče, svíčku nebo vonný olejíček (Jelínková, 2023). Do krabičky mohou rodiče ještě přidat třeba pozitivní těhotenský test, fotografie z ultrazvuku, těhotenské fotografie nebo jakýkoliv jiný předmět, který se jim bude vázat se vzpomínkou na jejich dítě. Cenným upomínkovým předmětem je i kartička z porodnice, na které je napsáno jméno dítěte, datum a čas porodu a míry dítěte (Bužgová, 2019).

3.3. Vliv upomínkového předmětu na budoucí prožívání

Ohledně vlivu memoryboxů na následné truchlení a prožívání ztráty proběhl výzkum ve Velké Británii lékařkou Crawley. Z výzkumu vyplynulo, že si z porodu mrtvého miminka až 90 % matek odnáší svůj memorybox. Výsledky výzkumu také tvrdí, že si většina matek díky memoryboxu a času stráveného s dítětem na něj vytvořila silnější vzpomínky. Díky boxu si také vytvořily i šťastné vzpomínky na společné chvíle. Podobné množství matek si po porodu přálo vytvořit památek více. Naopak názor, že matky zpětně litují vytvoření si vzpomínek je ve výzkumu zastoupen minimálně. Matky také uváděly, že jim nejvíce pomohlo o dítěti otevřeně mluvit a velké množství respondentek si přálo o dítěti mluvit více (Crawley a další, 2013).

Podobný výzkum také proběhl v Irsku v roce 2019 vedený lékařkou O'Sullivan. I její výsledky vyzdvihují výhody memoryboxu na následné prožívání ztráty. Rodiče v této práci uvádějí, že je pro ně vzpomínková krabice nejcennější majetek. Účastníci výzkumu uváděli, že by si bez vzpomínkové krabičky neměli možnost vytvořit tolik kvalitních vzpomínek. Velký význam je podle respondentů přiznáván i vlastnění fyzických vzpomínek na jejich dítě. Mohou mít díky tomu jistotu, že dítě skutečně existovalo. Obecně se zde prokázalo, že díky vzpomínkové krabičce byli rodiče více propojeni se svým zesnulým dítětem (O'Sullivan, 2019).

Pozitivní vliv upomínkového předmětu také ukázal výzkum, realizovaný v českých porodnicích v rámci disertační práce paní doktorky Kateřiny Ratislavové. Z jejích výsledků vyplynulo, že intenzita zármutku žen, které měly možnost udělat si upomínkový předmět na své dítě, je nižší než u žen, které tuto možnost nevyužily nebo ji neměly (Ratislavová, 2015).

Anglický doporučený postup (Batra a další, 2021) zmiňuje i možnost pořízení fotografie miminka po porodu, i v situaci, kdy si ji rodiče přímo nevyžádali a jen k jejímu pořízení dali souhlas. Pracuje s tezí, že si rodiče své rozhodnutí o vyfotografování dítěte mohou rozmyslet a zpětně by litovali toho, že žádnou fotku nemají. Proto doporučuje zdravotníkům fotografii udělat, vyvolat a ponechat v nemocničních záznamech, kde si ji rodiče případně mohou kdykoliv vyzvednout. Doporučuje také k fotografii přidat i upomínkovou kartičku a otisky nožiček a ručiček (Batra a další, 2021).

4. Péče o ženu v šestinedělí

I po porodu mrtvého plodu zažívá rodička běžné šestinedělí.

4.1. Ošetrovatelská péče o rodičku

Ošetrovatelská péče je po porodu mrtvého plodu podobná jako po porodu živého dítěte. Kontrola rodičky je zaměřena na její celkový stav. Sleduje se její případnou bledost, vyčerpanost a omezenou pohybovou schopnost. Důraz je kladen i na příjem jídla. (Wilhelmová, 2021). Kontroluje se také postup retrakce a involuce dělohy. Pokud děloha neretrahuje patřičnou rychlostí je třeba zkontrolovat obsah dělohy na ultrazvuku pro možnou přítomnost reziduí nebo pro jiné adnexální útvary nebo hematomy (Fait, 2021).

Jednou z komplikací po porodu je nadměrné krvácení. Podezření na skryté krvácení můžeme mít při přetrvávajícím vertigu, hypotenzi a tachykardii (Fait, 2021). V této situaci je vhodné zkontrolovat krevní obraz, a hlavně hladinu hemoglobinu, který při krvácení klesá. Krvácení často způsobuje porucha retrakce dělohy, nedostatečně ošetřené porodní poranění, rezidua placenty nebo hemokoagulační porucha (Procházka, 2020). Později v šestinedělí může být příčinou nadměrného a přetrvávajícího krvácení endometritida nebo placentární polyp. Terapie je zaměřena na odstranění příčiny krvácení a případné podání krevní transfuze (Fait, 2021).

Na oddělení probíhá každý den kontrola porodního poranění. Důraz je kladen na zvýšenou hygienu, při které je doporučováno časté sprchování. Po vaginálním porodu většina žen udává otok a bolest v okolí perinea. Terapií na tyto obtíže je první den chlazení hráze ledem a další dny se preferuje použití sedacích koupelí nebo obkladů z dubové kůry. Při velké bolestivosti lze podat analgetika (Wilhelmová, 2021).

4.2. Specifika péče o ženu po porodu mrtvého plodu

Ženy, které si prošly porodem mrtvého miminka, bývají hospitalizovány pouze na nezbytně nutnou dobu. Pokud porod probíhal spontánně a žena během porodu neměla žádné komplikace, doba hospitalizace může být pouze jeden den. Důvodem takto krátké hospitalizace je vysoká míra stresu matky, jelikož se stále nachází na místě, kde přišla o své dítě. Proto domácí prostředí zajišťuje větší soukromí a bezpečí. Zároveň ale alespoň krátká doba hospitalizace poskytuje prostor pro odeznění prvotního šoku. Také je zde prostor na případné otázky a možnosti dodatečného rozloučení se s miminkem. Ženy po porodu mrtvého plodu jsou často hospitalizovány na gynekologickém oddělení. Ideální je pro ně pobyt na soukromém pokoji s možností nepřetržité přítomnosti partnera (Ratislavová, 2016).

Rodiče obecně oceňují především lidskost a empatii personálu. Pozitivně vnímají i to, když jim personál naslouchá a vytváří tím pro rodiče bezpečný prostor, ve kterém je za

jejich myšlenky a pocity nebude nikdo soudit nebo srovnávat s jinými rodiči. Je vhodné se v komunikaci vyhýbat prázdným frázím a zlehčování situace (Bužgová, 2019).

Před propuštěním do domácí péče je žena řádně edukována ohledně péče o případná porodní poranění, o zvýšené hygieně a o následné péči, která zahrnuje návštěvu obvodního gynekologa po šestinedělí (Procházka, 2020). Zvláštní pozornost je třeba věnovat psychické stránce ženy. Ženě je nabídnuta následná psychologická i psychiatrická péče. Rodiče jsou edukováni ohledně sociální podpory, procesu truchlení, nutnosti odpočinku a technikách duševní hygieny. Edukace zahrnuje i předání tištěných materiálů, ke kterým se rodiče mohou zpětně vracet. V těchto materiálech jsou obsaženy kontakty na podpůrné organizace, kontakty na krizové telefonní linky a laickou i odbornou pomoc v procesu truchlení (Bužgová, 2019).

4.3. Zástava laktace

Princip zastavení laktace je založen na podávání inhibitorů hormonu prolaktinu (Binder, 2014). Ženě se podává dopaminový agonista, který způsobuje snížení produkce prolaktinu v adenohipofýze. Možností podání medikamentů je jednorázové podání dvou tablet 0,5mg Dostinex (obecně carbergolin), který má nízké riziko vzniku nežádoucích účinků. Léčba by měla být započata do 24 hodin po porodu (Dubová, Zikán, 2022). Jestliže je již laktace rozvinuta, měla by se zástava kombinovat se studenými zábaly a pevnou bandáží prsou (Fait, 2021).

Podpoření zástavy laktace lze nalézt i ve fytoterapii. Konkrétně pomáhá pití mátového nebo šalvějového čaje. Alternativami jsou éterické oleje máty peprné a šalvěje luční. Žena může zástavu laktace podpořit užíváním homeopatik, například *ricinus communis*, *prolactinum* nebo *urtica urens* (Procházka, 2020).

5. Truchlení

Truchlení je třeba vnímat především jako přirozený proces vyrovnávání se se ztrátou. Díky němu lze obnovit svou psychickou stabilitu, odpoutat se od minulosti a najít nový životní směr. Zvláště při úmrtí dítěte rodiče prožívají otřes jejich reality. Pokládají si otázky, proč zrovna jejich dítě muselo zemřít nebo kde je na světě spravedlnost (Orel, 2020).

Průběh truchlení se u většiny lidí shoduje v podobě hlavních stádií i jejich základních charakteristikách. To, jak jedinec vnímá proces truchlení, závisí ale na jeho předchozích zkušenostech, jeho osobnosti nebo na vnímané míře zátěže. Jestliže rodiče nemají možnost své dítě vidět, rozhodovat o něm nebo se jej dotýkat, může být proces truchlení vážně narušen. Pokud je proces truchlení ukončen správně, jedinec tím posílí pocit svých kompetencí nebo tím zlepší schopnost překonávat krize. Pakliže ale proces truchlení není zpracovaný, nebo není zpracovaný kompletně, může se s časovým odstupem objevit úzkost, pocit viny, výčitky nebo stud (Takács, a další 2015).

Matka i otec prožívají opravdu silný citový otřes. Objevuje se ztráta naděje na lepší budoucnost a často se jim situace zdá fatální. U rodičů lze pozorovat i pocit viny za smrt svého dítěte nebo pocit selhání v sociální roli rodiče (Špaňhelová, 2015).

V procesu truchlení hrají důležitou roli lékaři, porodní asistentky a zdravotní sestry. Představují pro rodiče zkušené profesionály, kteří by měli umět naslouchat a poskytovat rodině oporu. Navíc by rodině měli být nápomocni i v praktických záležitostech, co se týká péče o ně v průběhu porodu i v péči po porodu (Amery, 2017).

5.1. Fáze truchlení

Prvním stádiem truchlení je popírání skutečnosti a šok. Stádium se projevuje velmi intenzivními emocemi, se kterými si není mozek schopen poradit, a proto tuto skutečnost odmítá (Orel, 2020). První fáze truchlení se projevuje již při sdělení diagnózy mrtvého plodu. Rodiče si často odmítají v první fázi připustit, že by se jim něco takového mohlo stát. Úzkostné popírání stanovené diagnózy je častější u rodičů, kteří byli informováni stroze nebo necitlivě. Popírání bývá jen dočasnou obrannou strategií (Kübler-Ross, 2015). Toto stádium je nejkratší a trvá nejvýše dva dny. Vyskytují se v něm pocity vnitřní prázdnoty a derealizace. Lze pozorovat i depersonalizaci spojenou s automatickým vykonáváním činností, aniž by si truchlící připustili ztrátu (Vymětal, 2003).

Druhé stádium je pocit zlosti. Objevují se myšlenky „proč zrovna já?“. Toto stádium je oproti tomu prvnímu mnohem náročnější pro okolí, jelikož si ho na něm truchlící často ventilují. Rodiče v této fázi pociťují nenávisť i vůči zdravotníkům nebo vůči sobě navzájem. Zdravotníky viní ze smrti jejich dítěte a z toho, že jejich dítě nedokázali nezachránit (Kübler-Ross, 2015). Pro toto stádium je charakteristický psychomotorický neklid, poruchy se spaním anebo psychosomatické problémy. Rodiče se v této fázi upínají především na hledání

viníka celé situace a na otázky, proč se to stalo zrovna jim (Takács, a další, 2015). Objevuje se také pocit nespravedlnosti a žárlivost vůči jiným rodičům. Tyto pocity verbalizují větami: „Proč oni mají zdravé dítě a my ne?“. V tuto chvíli je pro personál, okolí rodičů i pro rodiče samotné velmi důležité, aby si tyto poznámky nebrali osobně a měli pro ně pochopení. Když okolí rodiče chápe, respektuje je a věnuje jim svůj čas a pozornost, rodiče často svůj hněv ztiší. Úkolem zdravotníků by tedy mělo ukázat jim, že stojí na jejich straně, nejsou jim lhostejní a snaží se pro ně udělat vše, co je v jejich silách (Kübler-Ross, 2015).

Třetí stádium je smlouvání. Obecně vzato lze říci, že toto stádium je založeno na tezi, že za každé dobré chování následuje odměna. Smlouvání je tedy pokusem o odklad. (Kübler-Ross, 2015). V této fázi si už rodiče uvědomují realitu situace. Přejí si ale oddálat jakékoliv výkony, aby mohli alespoň ještě na chvíli zůstat v sociální roli rodičů a nemuseli čelit realitě, ve které jejich dítě zemřelo (Chvílová, Weberová, a další 2023).

Čtvrté stádium je stádium deprese. Je charakterizováno velkým pocitem ztráty. V této fázi rodiče není vhodné nutit k hledání pozitiv. Toto nabádání k nucené pozitivitě je ještě více pobouří, jelikož budou mít pocit, že jejich těžkou ztrátu okolí nebere dostatečně vážně a zlehčuje ji. Rodiče pocítují větší důvěru a vděčnost člověku, který je i v této nelehké chvíli podpoří, aniž by je od smutku neustále odrazoval (Kübler-Ross, 2015). Vyskytují se problémy se spánkem, nechutenství a celková podrážděnost. Rodiče pocítují opět pocit viny, ale už nehledají viníka za cílem jeho potrestání, jako tomu bylo v dřívější fázi. Velmi často se utápí ve vzpomínkách na dítě a sní o tom, jaké by to bylo mít teď dítě u sebe. Toto stádium je zpravidla nejdelší (Vymětal, 2003).

Poslední stádium je akceptace, kdy se rodiče smíří s odchodem jejich dítěte. Toto stádium se pojí s pocitem únavy a pocitem, že už ta bolest odešla. V rodičích už ztráta nevyvolává negativní emoce. Popisuje se jako také jako stádium bez emocí. (Chvílová, Weberová, 2023). Teprve po tomto stádiu jsou rodiče schopni uvažovat o dalším dítěti. S tím se ale pojí i strach, aby další dítě také nezemřelo. Tento nadměrný strach se může objevovat celé další těhotenství, případně i po celou dobu rodičovství (Takács a další, 2015). Fáze je charakteristická utvářením si nové vlastní reality a nového vztahu k sobě. Při správně zvládnutém procesu truchlení se objevuje pocit sebedůvěry a vlastní vnitřní síly. Rodiče si v této fázi dovolují prožívat pocit štěstí a radosti. Hledají také nové směřování svého života a přehodnocují své životní hodnoty a cíle (Orel, 2020).

5.2. Truchlení rodičů

V naší společnosti má obecně život dítěte větší hodnotu než život dospělého. Smrt se u dospělého člověka, na rozdíl od dítěte, očekává. Proto se v rámci úmrtí dítěte vyskytuje častěji komplikované truchlení. Situaci zhoršuje i fakt, že je toto téma stále ve společnosti silně tabuizováno (Bužgová, 2019).

Potřeby v procesu truchlení se u rodičů liší a nelze je s jistotou předvídat (Amery, 2017). Rodičům lze nabídnout mnoho způsobů podpory v procesu truchlení. Pomoc pro truchlící je buďto odborná, která je poskytována vyškolenými profesionály, nebo laická, ta spočívá převážně ve svépomocných skupinách. V takových skupinách se setkávají rodiče se stejnou životní situací a navzájem sdílí svou zkušenost (Chvílová, Weberová, a další 2023). Sdílení emocí je důležité i mezi rodiči samotnými. Pomáhá jim prohlubovat jejich vztah a dostává se jim díky tomu pocitu sounáležitosti. Partnerům se doporučuje především věnovat si dostatečnou pozornost a nebát se sdílet svou bolest (Špaňhelová, 2015). Některým rodinám pomáhá mít v prvních dnech po porodu určitou denní dobu, kterou si na truchlení vyhradí. Díky tomuto plánu předchází tomu, aby truchlili nad smrtí svého dítěte veškerý svůj volný čas. Rodinám lze také doporučit společné vzpomínání v kruhu širší rodiny (Amery, 2017).

Rozdíly v prožívání truchlení lze vidět i mezi rodiči samotnými. Tyto odlišnosti způsobují vzájemné nepochopení a odcizení. Jestliže už před smrtí dítěte v partnerském vztahu byly přítomny problémy, s velkou pravděpodobností se tyto problémy ještě prohloubí (Chvílová, Weberová, a další 2023). Matky, a ženy obecně, prožívají situaci více emocionálně, více pláčou, prožívají intenzivní smutek a uzavírají se před okolním světem samy do sebe. Muži prožívají ztrátu dítěte také emocionálně, ale mají tendence své pocity více skrývat. Jejich motivací je být oporou ženě a splnit tak svou sociální roli ochránce rodiny (Špaňhelová, 2015). Muži, častěji než ženy, hledají útěchu ve fyzické práci, volnočasových aktivitách nebo alkoholu. Mnohem více se snaží celou situaci racionalizovat a chtějí znát přesnou příčinu smrti dítěte. Častěji se u nich psychická nepohoda a stres projeví psychosomaticky (Ratislavová, 2020).

5.3. Truchlení sourozenců

Děti jsou na rozdíl od dospělých mnohem lépe čitelní ve svých emocích, jelikož nejsou nuceni okolím své pocity skrývat. Mnohem častěji a prudčeji se jim mění emoční stav a nálada. Děti potřebují, aby co nejvíce zvyků, pravidel i povinností z jejich běžného života bylo zachováno. Zachování jejich rutiny jim dodává pocit stability. Dítě by nemělo být zahlceno detaily o smrti sourozence, pokud na to není ještě vyzrálé. Lze mu v rámci vypořádání se se smrtí sourozence pomoci například napsáním dopisu pro sourozence nebo výběrem hračky (Ratislavová, 2020). Cílem rodičů a okolí dítěte není to, aby dítě na smrt svého sourozence zapomnělo. Měli by se mu snažit pomoci najít vztah k jeho sourozenci a najít cestu, jak se se ztrátou sourozence vyrovná. Výběr činností dítě provádí samo a nelze jej do čehokoliv nutit (Chvílová, Weberová, a další 2023).

Není vhodné užívat fráze, například: „Tvá sestra odešla.“ nebo „Tvůj bratr usnul.“. Dítě pak nabývá vědomí, že se jeho sourozenec někdy v budoucnu vrátí nebo se probudí. Tím pádem dítě nepřijme skutečnost, ve které se jeho sourozenec už nikdy nevrátí. Celý proces truchlení je pak narušen. Dítěti je třeba poskytnout prostor pro jakékoliv otázky a

projevení svých pocitů (Amery, 2017). V souvislosti s takto náhlou smrtí dítěte jsou častokrát starší sourozenci a jejich potřeby přehlíženi. Lze pozorovat i izolování starších sourozenců od jejich rodičů. Toto chování ale má vliv na budoucí prožívání ztráty sourozence a působí traumaticky (Takács, a další, 2015).

Velké téma je přítomnost sourozence na pohřbu. Záleží na věku dítěte, jeho osobnosti i jeho postoji vůči smrti sourozence. Pravidlem je to, že by na pohřeb měl jít sourozenec dobrovolně a s doprovodem, který tam pro něj bude po celou dobu trvání pohřbu a bude mu oporou. Dítě by mělo znát předem celý průběh pohřbu. V případě, že se sourozenec nebude moci účastnit pohřbu, lze mu nabídnout jinou formu rozloučení se. Jímí je například pouštění lampionu štěstí, zasazení stromku nebo zapálení svíčky (Amery, 2017).

Rozdíly v truchlení jsou znatelné dle věku dítěte. Do dvou let věku děti nejčastěji negativně prožívají odloučení od rodičů a jejich bolest, ale nedávají to do spojitosti se ztrátou sourozence. Do pěti let věku dítě nechápe fatálnost smrti a mnohem více se u nich projevuje pocit viny za smrt sourozence. Mezi šestým a osmým rokem už dítě začíná chápat nevratnost smrti a lze s ním díky tomu hlouběji hovořit o jeho potřebách a o jeho pocitech (Chvílová, Weberová, a další 2023). Komplikované truchlení se u dětí projevuje nepřímo. To se u dětí projevuje problémovým chováním nebo psychosomatickými potížemi (Ratislavová, 2020).

5.4. Komplikované truchlení

Komplikované truchlení je atypické především v intenzitě prožívání a v délce trvání celého truchlení. Průběh a jednotlivá stádia ale bývají většinou zachována (Chvílová, Weberová, a další 2023). V souvislosti s prodlouženým truchlením se užívá pojem protrahovaný zármutek (Orel, 2020).

Neodžité truchlení, kdy si truchlící nedostatečně uvědomí smrt dítěte, se v budoucnu projevuje depresi, psychosomatickými problémy. Projev může mít i formu útěku do služby ostatním, kdy pozůstali začne pracovat v pomáhající profesi (Orel, 2020). Opožděná reakce na smrt dítěte přichází po týdnech až letech. Následně ale dochází, například vlivem nezvládnuté životní situace, k objevení se nevyřešeného traumatu z minulosti (Kupka, 2014).

Dalšími druhy komplikovaného truchlení jsou zkreslené reakce, kdy dochází k hyperaktivním projevům, jenž se projeví jako workoholismus, nebo k absolutní apatii. Lze pozorovat i vzrůstající tendenci závislosti na psychoaktivních látkách. Ke zkresleným reakcím se také řadí problémy se sociálními vztahy. Jedinci se přehnaně izolují nebo pociťují pocity nenávisti vůči okolnímu světu (Kupka, 2014).

Komplikovaný zármutek se také projevuje intenzivní touhou po přítomnosti zemřelého, která je spojena s častými a prudkými emocemi. Vliv na rozvoj komplikovaného truchlení má osobnost člověka, především jeho emoční stabilita, úzkostnost a sebekontrola.

Rizikovým faktorem pro jeho vznik je trauma z dětství, či z jiné fáze života, které není plně zpracované. Komplikovaný zármutek nelze zaměňovat s duševními poruchami, jako je depresivní porucha, úzkostná porucha nebo posttraumatický stresová porucha (Ratislavová, 2016).

6. Sociální aspekty

K problematice porodu mrtvého plodu patří praktické informace ohledně sociální podpory rodiny. Je proto žádoucí, aby byl personál nemocnice i v této problematice řádně edukován.

6.1. Pohřebné

V případě, že se rodina rozhodne uskutečnit dítěti pohřeb, musí do 96 hodin od porodu odevzdat lékařům formulář o naložení s tělem miminka. Ze zákona o pohřebnictví vyplývá, že pohřeb se může vystavit i při potratu (Zákon č. 256/2001 Sb.). Jestliže rodina ale neprojeví zájem o pohřeb, nemocnice má povinnost informovat příslušný městský úřad k provedení sociálního pohřbu a uložení těla dítěte do společného hrobu. Rodina si i tak zpětně může vyžádat dohledání místa pohřbení, aby věděla, kde je jejich miminko pohřbené a měli tak místo, kam mohou za miminkem přijít (Špaňhelová, 2015).

Pakliže se rodina rozhodne pro pořádání pohřbu, má nárok na jednorázovou dávku pohřebného ve výši 5000 Kč (Zákon č. 117/1995 Sb.).

6.2. Sociální dávky

Po porodu mrtvého miminka nevzniká nárok na porodné. Nárok na tuto jednorázovou dávku vzniká jen v případě, kdy se dítě narodí živé. Nevzniká ani nárok na rodičovský příspěvek (Zákon č. 117/1995 Sb.).

Matky ale mají po porodu mrtvého miminka nárok na mateřskou dovolenou. Při porodu živého dítěte má žena nárok na peněžitou podporu po dobu 28 týdnů. V případě narození mrtvého miminka má matka nárok jen na 14 týdnů mateřské dovolené (Zákon č. 262/2006 Sb.). Jestliže se žena ani po těchto 14 týdnech necítí na návrat do zaměstnání, je možné ji vystavit doklad o dočasné pracovní neschopnosti. Ten může vystavit praktický lékař, gynekolog nebo i psychiatr (Jelínková, 2023).

Nově také může žádat o otcovskou dovolenou otec dítěte. Tato dovolená trvá 14 kalendářních dnů a nástup si může muž určit sám kdykoliv během 6 týdnů od narození dítěte (Jelínková, 2023). Na otcovskou dovolenou má nárok otec dítěte, jestliže je splněna účast na nemocenském pojištění alespoň tři měsíce před porodem (Zákon č. 187/2006 Sb.). Pokud ani tato doba rodině nestačí, může otec zažádat o ošetřovné, které trvá nejdéle devět dní. Alternativou je dlouhodobé ošetřování, které trvá až 90 dní. Kritériem ale je hospitalizace ošetřované osoby, a to minimálně na čtyři dny bez přerušení (Jelínková, 2023).

6.3. Podpůrné organizace

V problematice porodu mrtvého plodu se angažuje celé řada neziskových podpůrných organizací, které poskytují komplexní péči o rodiče, již si takovou ztrátou prošli. Poskytují rovněž psychologickou pomoc a odborné sociální poradenství. O jejich existenci by měli být rodiče řádně edukováni ještě před opuštěním zdravotnického zařízení, nejlépe formou tištěného dokumentu, ke kterému se rodiče mohou kdykoliv vracet.

Za zmínku stojí perinatální hospic Dítě v srdci z.s, který dlouhodobě pořádá i kurzy pro zdravotnický personál. Rodičům poskytuje psychologickou, poradenskou a právní výpomoc, je-li ji zapotřebí. Pod jeho záštitou pro rodiče fungují podpůrné skupiny, kde si mohou rodiče sdílet svou zkušenost. Podílí se na organizaci vzpomínkových akcí pro rodiče zemřelých dětí. Pomáhá jim také najít místo sociálního hrobu, kde je jejich dítě pohřbené. Nedílnou součástí této organizace je i výroba a distribuce memoryboxů do většiny českých porodnic.

V České republice působí také další organizace, zabývající se obecně ztrátou dítěte, například spolek Dlouhá cesta. Perinatální ztrátou se zabývá sekce Unie porodních asistentek, která provozuje informační a poradenskou telefonní linku pro rodiče.

7. Stanovení cílů a výzkumných otázek

Praktická část bakalářské práce se zaměřuje na zkušenosti žen s porodem mrtvého plodu a na jejich spokojenost s péčí ve zdravotnickém zařízení. Byly stanoveny 3 cíle a 7 výzkumných otázek.

7.1. Cíle práce

Cíl č. 1: Zjistit, jaká je zkušenost žen s porodem mrtvého plodu a tato data porovnat se zahraničními studii.

Cíl č. 2: Zjistit, jaké upomínkové předměty si ženy ponechaly a co to pro ně znamená.

Cíl č. 3: Zjistit, jaká je spokojenost žen s péčí ve zdravotnickém zařízení během porodu mrtvého plodu.

7.2. Výzkumné otázky

Výzkumná otázka č. 1: Budou rodičky preferovat přítomnost doprovodu u porodu mrtvého plodu?

Výzkumná otázka č. 2: Bude většina žen hodnotit čas na rozloučení se s miminkem jako dostatečný?

Výzkumná otázka č. 3: Bude mít více než 50 % žen zkušenost s fyzickým kontaktem s jejich mrtvorozeným dítětem?

Výzkumná otázka č. 4: Bude většina žen v současnosti vděčná za ponechání si upomínkových předmětů na své dítě?

Výzkumná otázka č. 5: Bude více než 50 % rodiček, jež si na své dítě nevyrobily žádný upomínkový předmět, tohoto rozhodnutí v současnosti litovat?

Výzkumná otázka č. 6: Jak časté je pořádání pohřbů mrtvorozeným dětem v České republice?

Výzkumná otázka č. 7: Budou rodičky spokojeny s komunikací s personálem a budou dostatečně edukovány o sociální podpoře?

8. Metodologie

8.1. Organizace výzkumu

Praktická část bakalářské práce byla vedena kvantitativně formou anonymního nestandardizovaného dotazníkového šetření (příloha 1). Sběr dat probíhal od 22. 11. 2023 do 25. 1. 2024 na internetovém serveru „survio“. Odkaz na dotazník byl ženám distribuován pomocí sociálních sítí Instagram a Facebook a pomocí sdílení dotazníku v podpůrné organizaci „Dítě v srdci z. s.“. Dotazník tvořilo 19 otázek vlastní konstrukce. Celkem 12 otázek bylo uzavřených, 5 otázek polouzavřených a 2 otázky otevřené. Uzavřené otázky tvořily 3 otázky identifikační, 7 otázek výběrových, 1 otázka dichotomická a 1 otázka škálová. Z polouzavřených otázek byly 4 otázky výčtové a 1 otázka identifikační.

První 4 otázky dotazníku byly otázky identifikační. Respondentky v nich vyplňovaly svůj věk, týden těhotenství, ve kterém porodily mrtvý plod a jejich případnou předchozí zkušenost s těhotenstvím a se ztrátou dítěte v těhotenstvích. Následující dvě otázky se zaměřovaly na téma doprovodu k porodu a jak byly ženy se svou volbou spokojeny. Otázka číslo 7 byla zaměřena na kontakt s dítětem po porodu a otázky číslo 8 a 9 zkoumaly strávený čas s dítětem po porodu. Otázky číslo 10, 11, 12, 13 a 14 mapovaly, zda si rodiče na své mrtvorozené dítě pořídili nějaké vzpomínkové předměty případně jaké, a jaký na to mají v současnosti názor. Otázka číslo 15 se rodičů dotazovala, zda využili možnosti pohřbu dítěte. Otázky číslo 16, 17 a 18 zkoumaly spokojenost rodičů s péčí ve zdravotnickém zařízení. V poslední otázce měly ženy možnost vyjádřit jakékoliv připomínky k dotazníku, případně k celému tématu porodu mrtvého plodu.

V dotazníku jsem záměrně neuváděla slovní spojení „mrtvý plod“, ale nahrazovala jsem jej mírnějšími termíny, například „mrtvé miminko“ a „zesnulé miminko“.

8.2. Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvořily ženy, které měly zkušenost s porodem mrtvého plodu a dobrovolně svou zkušenost sdílely. Celkový počet respondentek činil 103 žen. Na úvodní straně dotazníku byly ženy informovány o tom, kdo je tvůrce otazníku a pro koho je dotazník určen. Ženy zde také byly ujištěny o anonymizaci celého dotazníku. Dotazník byl celkem otevřen 196krát. Návratnost dotazníku tedy činila 52,6 %.

8.3. Zpracování výsledků

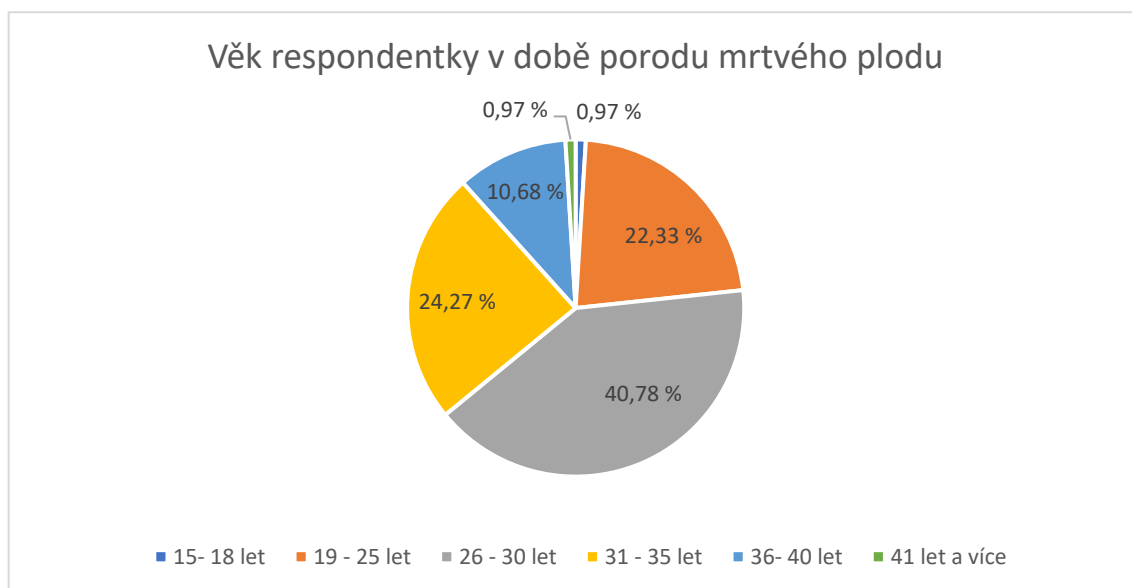
Pro větší přehlednost byly výsledky zpracovány pomocí prostého textu, koláčových a sloupcových grafů a tabulek. Tabulky a grafy byly vytvořeny v programu Microsoft Excel. Grafy znázorňují procentuální zastoupení jednotlivých odpovědí a tabulky udávají absolutní a relativní četnost odpovědí. Relativní četnost odpovědí byla zaokrouhlena na dvě desetinná místa.

9. Výsledky a analýza dat

9.1. Otázka č. 1 – Kolik let Vám bylo v době porodu mrtvého miminka?

První otázka dotazníku je uzavřená a identifikační. Respondentky se dle svého věku v době porodu mrtvého plodu zařadily do vypsaných věkových kategorií. Věkovou kategorií 15–18 let vyplnila 1 respondentka (0,97 %) a kategorii 19–25 let 23 respondentek (22,33 %). Kategorie 26–30 let byla zastoupena nejvíce, a to 42 ženami (40,78 %). Věkovou kategorií 31–35 let zvolilo 25 žen (24,27 %), kategorii 36–40 let vybralo 11 žen (10,68 %) a kategorii 41 let a více zvolila 1 respondentka (0,97 %).

Graf č. 1 – věk respondentky v době porodu mrtvého plodu



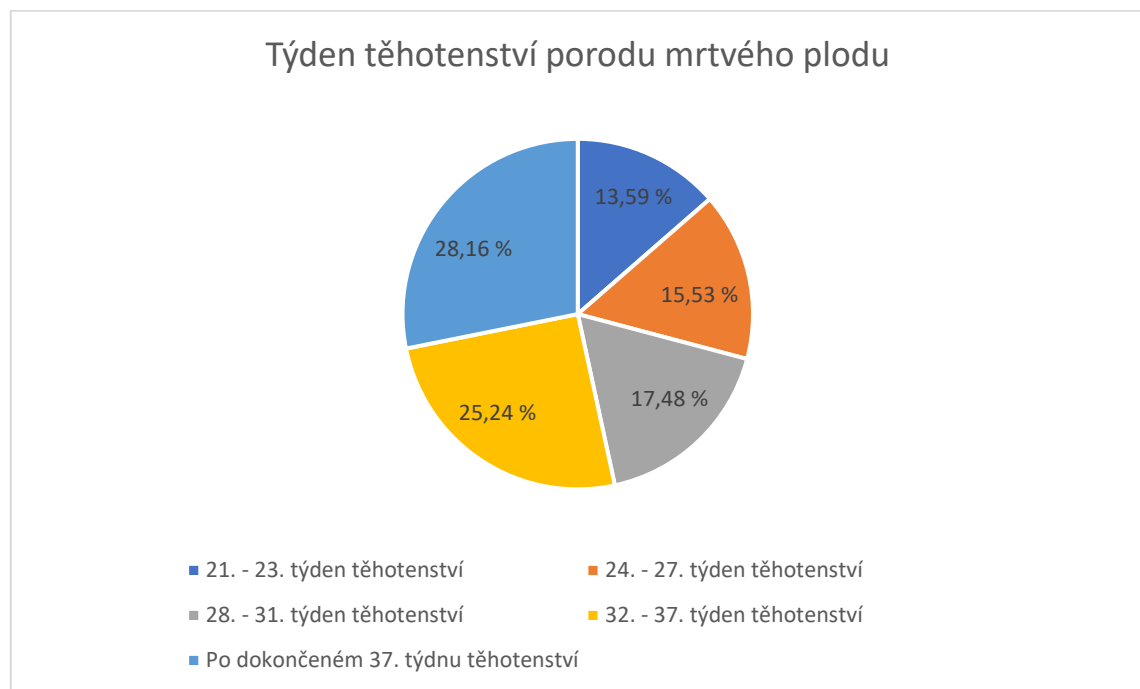
Tabulka č. 1 – věk respondentky v době porodu mrtvého plodu

Věk respondentky v době porodu	Absolutní četnost	Relativní četnost
15–18 let	1	0,97 %
19–25 let	23	22,33 %
26–30 let	42	40,78 %
31–35 let	25	24,27 %
36–40 let	11	10,68 %
41 let a více	1	0,97 %
Celkem	103	100,00 %

9.2. Otázka č. 2 – V jakém týdnu těhotenství se zesnulé miminko narodilo?

Druhá otázka dotazníku je uzavřená a identifikační. V otázce respondentky uváděly, v jakém týdnu těhotenství se mrtvý plod narodil. Kategorie pro zařazení respondentek jsou voleny dle stádií nezralosti novorozenců. První kategorie je období tzv. šedé zóny, které trvá od 21. týdne do 23. týdne těhotenství. Tuto kategorii zvolilo celkem 14 žen (13,59 %). Další kategorie je od 24. týdne do 27. týdne těhotenství, kdy jsou novorozenci hodnoceni jako extrémně nedonošení. Do této kategorie se zařadilo 16 respondentek (15,53 %). Třetí kategorie je období těžké novorozenecké nezralosti, které trvá od 28. týdne do 31. týdne těhotenství a tvořilo ji 18 žen (17,48 %). Čtvrtou skupinou je období střední a lehké novorozenecké nezralosti, trávající od 32. do 37. týdne těhotenství. Tuto skupinu zvolilo 26 žen (25,24 %). Poslední a nepočetnější skupina je období po dokončeném 37. týdnu těhotenství, kdy je novorozenec hodnocen jako donošený. Do této skupiny se zařadilo 29 žen (28,16 %).

Graf č. 2 – týden těhotenství porodu mrtvého plodu



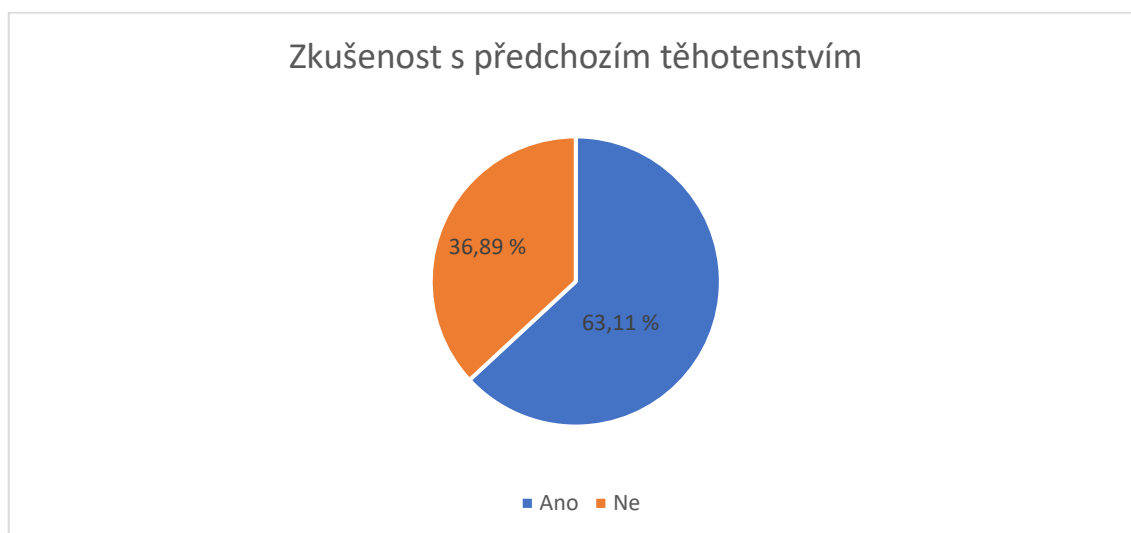
Tabulka č. 2 – týden těhotenství porodu mrtvého plodu

Týden těhotenství porodu	Absolutní četnost	Relativní četnost
21. - 23. týden těhotenství	14	13,59 %
24. - 27. týden těhotenství	16	15,53 %
28. - 31. týden těhotenství	18	17,48 %
32. - 37. týden těhotenství	26	25,24 %
Po dokončeném 37. týdnu těhotenství	29	28,16 %
Celkem	103	100,00 %

9.3. Otázka č. 3 – Prošla jste si před porodem zesnulého miminka předchozím těhotenstvím?

Třetí otázka dotazníku je opět uzavřená, dichotomická a identifikační. Ptá se respondentek na jejich případnou předchozí zkušenost s těhotenstvím. Zkušenost s těhotenstvím mělo před porodem mrtvého plodu celkem 65 žen (63,11 %). Naopak 38 žen (36,89 %) tuto zkušenost nemělo.

Graf č. 3 – zkušenost s předchozím těhotenstvím



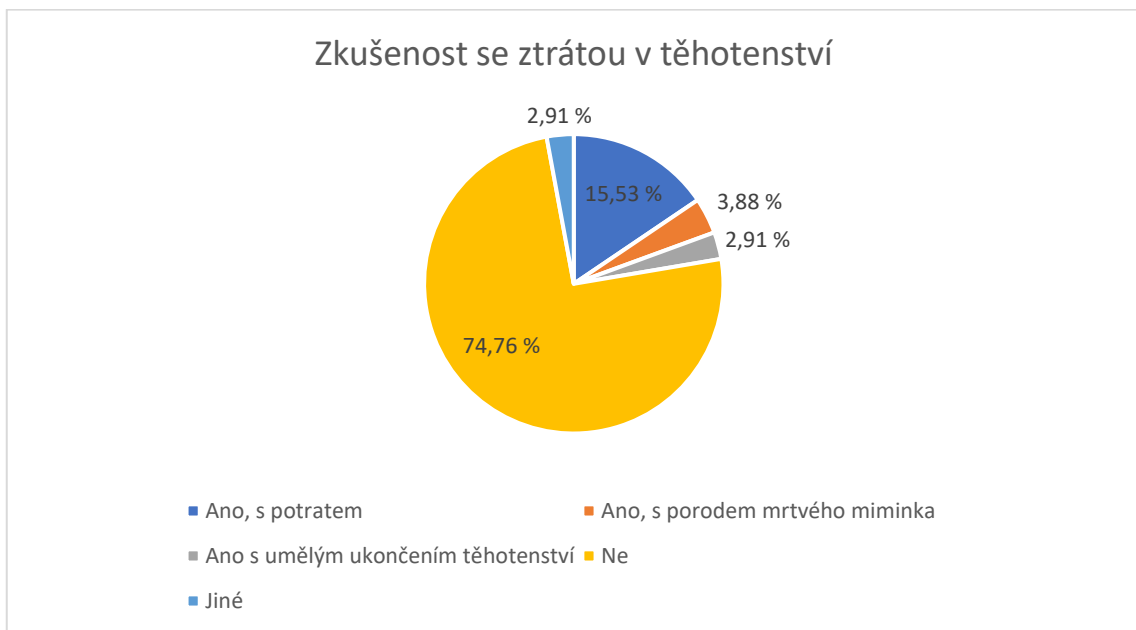
Tabulka č. 3 – zkušenost s předchozím těhotenstvím

Zkušenost s předchozím těhotenstvím	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	65	63,11 %
Ne	38	36,89 %
Celkem	103	100,00 %

9.4. Otázka č. 4 – Máte zkušenost s jinou ztrátou dítěte v těhotenství před porodem mrtvého miminka?

Tato otázka zkoumá případné zkušenosti žen s předchozí ztrátou dítěte v těhotenství. Otázka je polouzavřená a identifikační. Potratem si dle výsledků dotazníku prošlo 16 žen (15,53 %), umělým ukončením těhotenství 3 ženy (2,91 %) a porodem mrtvého plodu 4 ženy (3,88 %). Se ztrátou dítěte v těhotenství nemělo zkušenost 77 žen (74,76 %). Možnost jiné, zvolily 3 respondentky (2,91 %), kdy 2 z nich uvedly mimoděložní těhotenství a 1 respondentka uvedla syndrom mizejícího dvojčete.

Graf č. 4 – zkušenost se ztrátou v těhotenství



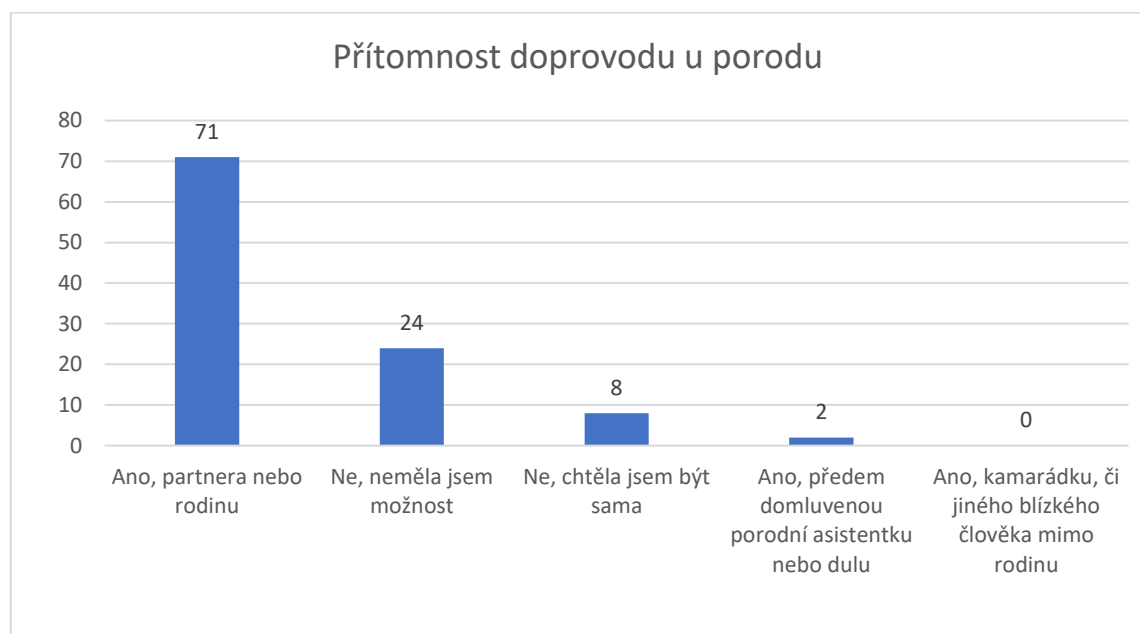
Tabulka č. 4 – zkušenost se ztrátou v těhotenství

Zkušenost se ztrátou v těhotenství	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, s potratem.	16	15,53 %
Ano, s porodem mrtvého miminka.	4	3,88 %
Ano s umělým ukončením těhotenství.	3	2,91 %
Ne	77	74,76 %
Jiné	3	2,91 %
Celkem	103	100,00 %

9.5. Otázka č. 5 – Měla jste během porodu mrtvého miminka s sebou doprovod? Případně koho?

Otázka číslo 5 mapuje problematiku doprovodu u porodu mrtvého plodu. Otázka je uzavřená a výběrová. Ženy v ní mohly vybírat i více možných odpovědí. V tabulce, shrnující odpovědi na tuto položku dotazníku, není tedy vyobrazena relativní četnost odpovědí. Ze stejného důvodu je zde uveden sloupcový graf. Nejvíce žen – 71 mělo u porodu svého partnera nebo člena své rodiny. 2 respondentky využily možnosti mít s sebou u porodu předem domluvenou porodní asistentku nebo dulu. Žádná z respondentek neuvedla, že by s sebou během porodu měla blízkého člověka, který ale nepatří do její rodiny. Celkem 24 ženám nebylo umožněno mít u sebe doprovod. Možnost, kdy žena chtěla být během porodu sama, zvolilo 8 respondentek.

Graf č. 5 – přítomnost doprovodu u porodu



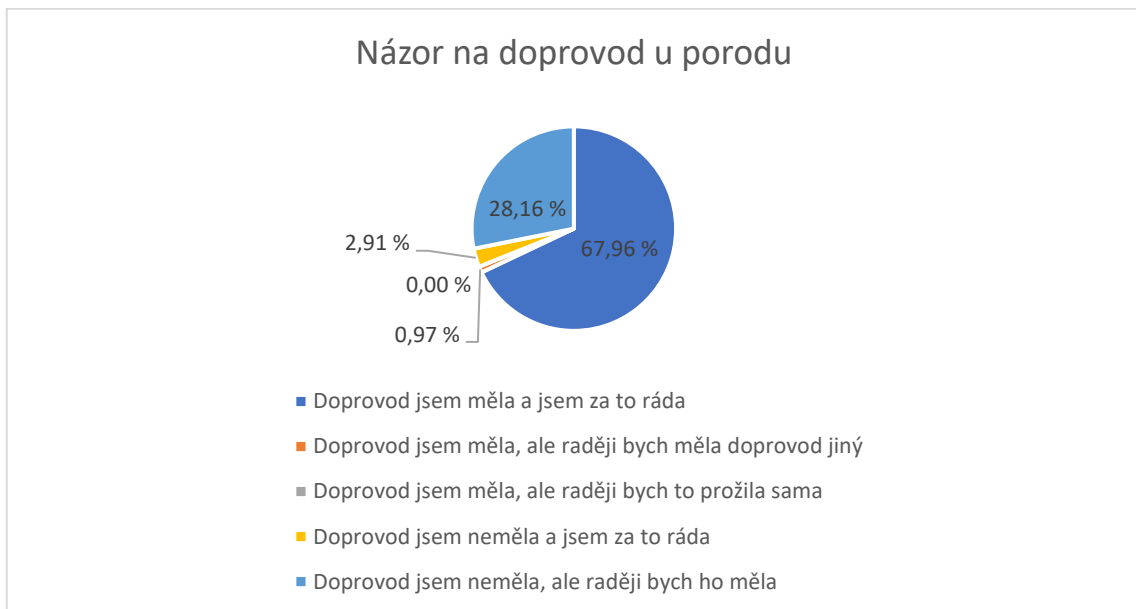
Tabulka č. 5 – přítomnost doprovodu u porodu

Přítomnost doprovodu u porodu	Absolutní četnost
Ano, partnera nebo rodinu.	71
Ne, neměla jsem možnost.	24
Ne, chtěla jsem být sama.	8
Ano, předem domluvenou porodní asistentku nebo dulu.	2
Ano, kamarádku, či jiného blízkého člověka mimo rodinu.	0

9.6. Otázka č. 6 – Jak zpětně nahlížíte na své rozhodnutí ohledně doprovodu k porodu?

Šestá otázka dotazníku navazuje na předchozí otázku a zkoumá názory rodiček na jejich rozhodnutí ohledně přítomnosti doprovodu u porodu mrtvého plodu. Otázka je uzavřená a výběrová. Nejvíce žen – 70 (67,96 %) doprovod k porodu měla a hodnotila toto rozhodnutí kladně. Pouze 1 respondentka (0,97 %) doprovod u porodu měla, ale raději by svůj doprovod změnila. Žádná z respondentek nezvolila možnost, kdy u porodu doprovod měla, ale raději by byla sama. Více než čtvrtina respondentek - 29 (28,16 %) s sebou doprovod neměla, ale preferovala by ho u sebe mít. Variantu, kdy žena doprovod neměla a toto rozhodnutí momentálně hodnotí pozitivně, zvolily 3 ženy (2,91 %).

Graf č. 6 – názor na doprovod u porodu



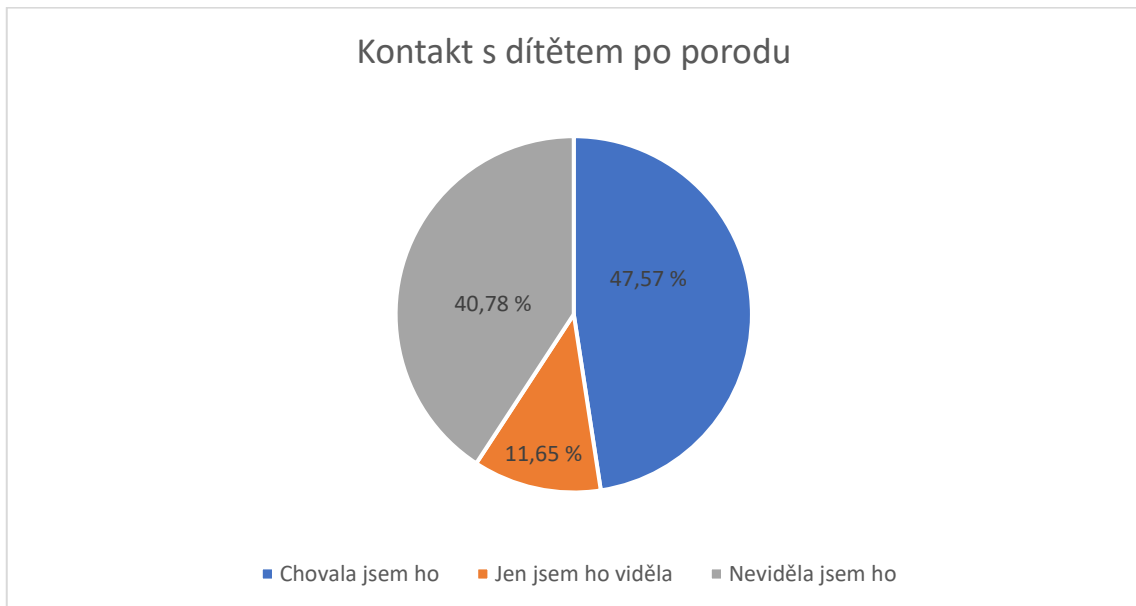
Tabulka č. 6 – názor na doprovod u porodu

Názor na doprovod u porodu	Absolutní četnost	Relativní četnost
Doprovod jsem měla a jsem za to ráda.	70	67,96 %
Doprovod jsem měla, ale raději bych měla doprovod jiný.	1	0,97 %
Doprovod jsem měla, ale raději bych to prožila sama.	0	0,00 %
Doprovod jsem neměla a jsem za to ráda.	3	2,91 %
Doprovod jsem neměla, ale raději bych ho měla.	29	28,16 %
Celkem	103	100,00 %

9.7. Otázka č. 7 – Viděla a chovala jste si po porodu své zesnulé dítě?

Otázka se se zaměřuje na četnost, s jakou měly matky se svým dítětem fyzický nebo vizuální kontakt. Otázka je uzavřená a výběrová. Z dotazníku vyplývá, že 49 žen (47,57 %) mělo se svým dítětem fyzický kontakt a chovaly jej. Pouze vizuální kontakt mělo se svým dítětem 12 žen (11,65 %). Více než dvě pětiny respondentek - 42 žen (40,78 %) se svým dítětem po porodu žádný kontakt nemělo.

Graf č. 7 – kontakt s dítětem po porodu



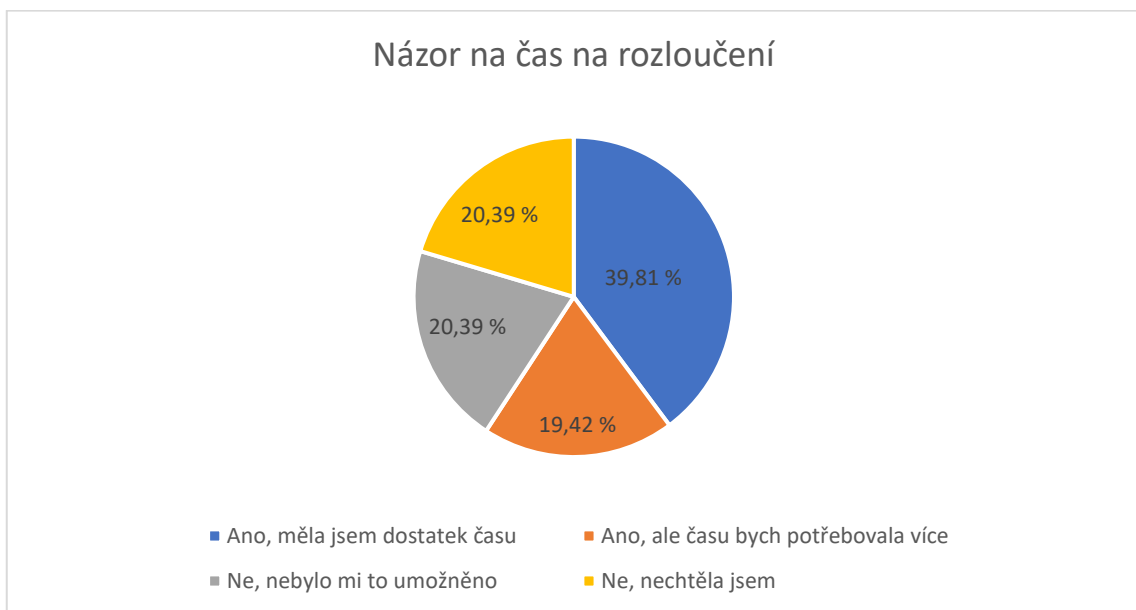
Tabulka č. 7 – kontakt s dítětem po porodu

Kontakt s dítětem po porodu	Absolutní četnost	Relativní četnost
Chovala jsem ho.	49	47,57 %
Jen jsem ho viděla.	12	11,65 %
Neviděla jsem ho.	42	40,78 %
Celkem	103	100,00 %

9.8. Otázka č. 8 – Měla jste čas se s miminkem po porodu rozloučit?

Osmá otázka výzkumu zkoumá názory žen na čas strávený po porodu s miminkem. Typem je otázka uzavřená a výběrová. Nejvíce žen – 41 (39,81 %) zvolilo variantu, kdy po porodu mělo na rozloučení se s miminkem dostatek času. Dalších 20 žen (19,42 %) čas se svým dítětem po porodu strávilo, ale času by potřebovalo více. Rozloučit se po porodu se svým dítětem nebylo umožněno 21 ženám (20,39 %). Stejně množství respondentek – 21 (20,39 %) se se svým dítětem po porodu rozloučit nechtělo.

Graf č. 8 – názor na čas na rozloučení



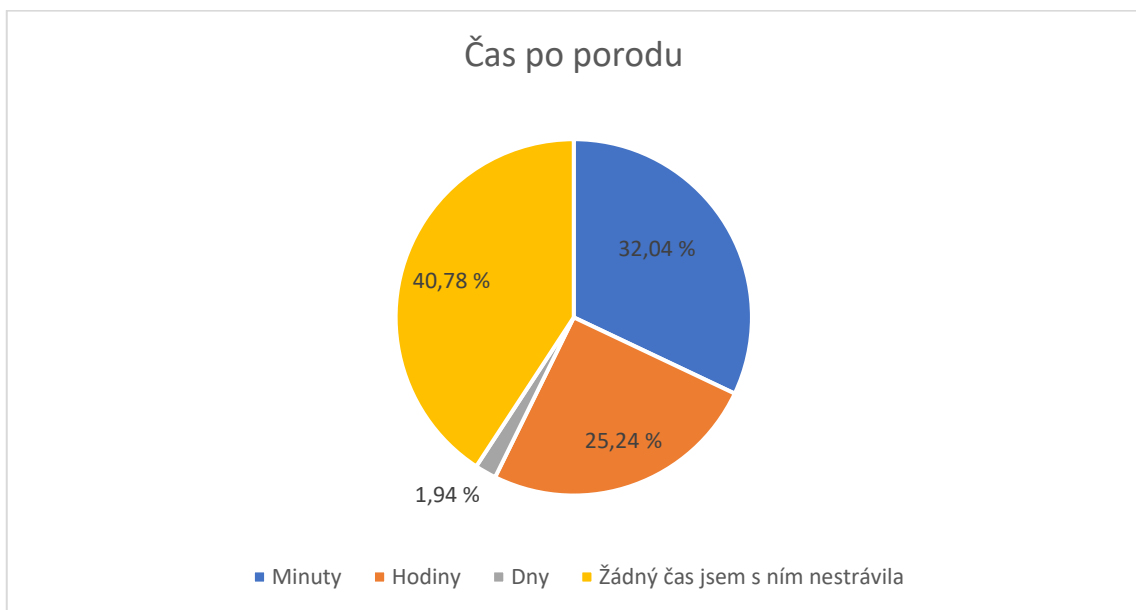
Tabulka č. 8 – názor na čas na rozloučení

Názor na čas na rozloučení	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, měla jsem dostatek času.	41	39,81 %
Ano, ale času bych potřebovala více.	20	19,42 %
Ne, nebylo mi to umožněno.	21	20,39 %
Ne, nechtěla jsem.	21	20,39 %
Celkem	103	100,00 %

9.9. Otázka č. 9 – Kolik času jste po porodu s miminkem strávila?

Otázka č. 9 navazuje na předchozí otázku a mapuje, kolik času matky se svým dítětem po porodu strávily. Otázka je uzavřená a výběrová. Možnost, kdy se svým dítětem strávilo řádově minuty, zvolilo 33 žen (32,04 %). Hodiny se svým dítětem loučilo 26 žen (25,24 %) a 2 respondentky (1,94 %) byly se svým dítětem řádově dny. Největší množství respondentek – 42 (40,78 %) zvolilo odpověď, kdy se svým dítětem po porodu žádný čas nestrávily.

Graf č. 9 – čas po porodu



Tabulka č. 9 – čas po porodu

Čas po porodu	Absolutní četnost	Relativní četnost
Minuty	33	32,04 %
Hodiny	26	25,24 %
Dny	2	1,94 %
Žádný čas jsem s ním nestrávila.	42	40,78 %
Celkem	103	100,00 %

9.10. Otázka č. 10 – Odesla jste si z porodu jakýkoliv upomínkový předmět na své miminko?

Otázka číslo 10 je uzavřená a dichotomická. Zjišťuje, zda si ženy po porodu mrtvého plodu ponechaly jakýkoliv upomínkový předmět na jejich dítě. Celkem 60 žen (58,25 %) uvedlo, že upomínkový předmět vlastní. Žádný upomínkový předmět si dle výsledků dotazníku neponechalo 43 žen (41,75 %).

Graf č. 10 – vlastnictví upomínkového předmětu



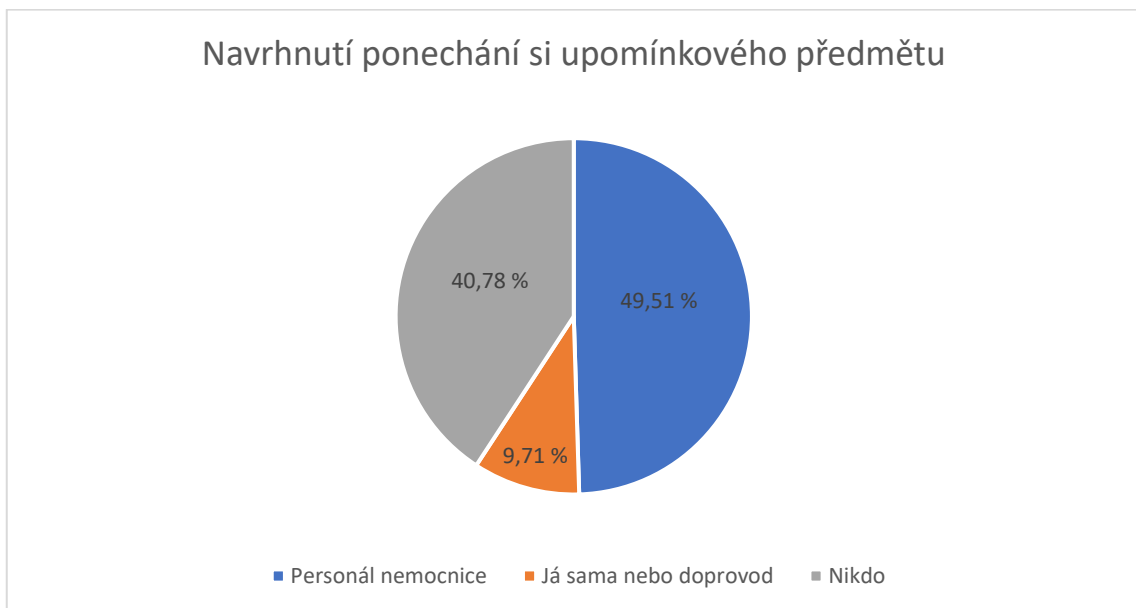
Tabulka č. 10 – vlastnictví upomínkového předmětu

Vlastnictví upomínkového předmětu	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	60	58,25 %
Ne	43	41,75 %
Celkem	103	100,00 %

9.11. Otázka č. 11 – Kdo Vám případně navrhl ponechání si upomínkového předmětu?

Otázka číslo 9 zkoumá, kdo ženě nabídl vyrobení a ponechání si upomínkových předmětů na své dítě. Typem je otázka uzavřená a výběrová. Téměř polovině respondentek – 51 (49,51 %) navrhl ponechání si upomínkového předmětu personál nemocnice. Variantu, kdy ponechání si upomínkového předmětu navrhla respondentka sama nebo její doprovod zvolilo pouze 10 žen (9,71 %). Celkem 42 žen (40,78 %) vypovědělo, že jim vyrobení si upomínkového předmětu nenabídl nikdo.

Graf č. 11 – navrhnutí ponechání si upomínkového předmětu



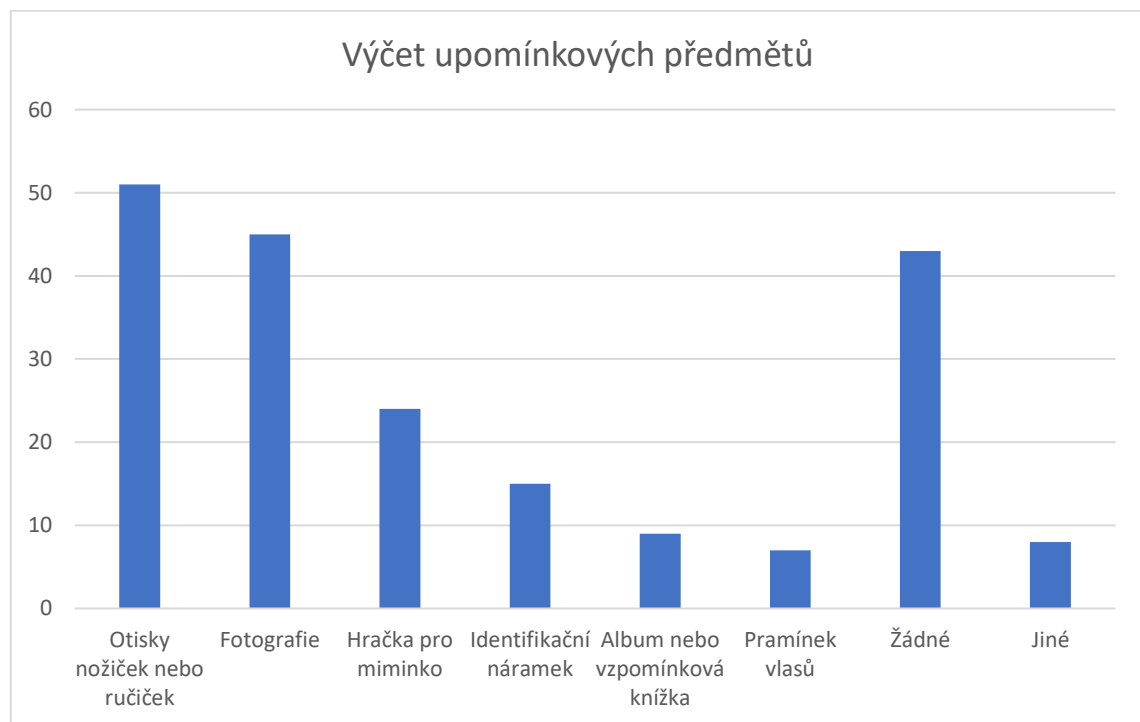
Tabulka č. 11 – navrhnutí ponechání si upomínkového předmětu

Navrhnutí ponechání si upomínkového předmětu	Absolutní četnost	Relativní četnost
Personál nemocnice	51	49,51 %
Já sama nebo doprovod	10	9,71 %
Nikdo	42	40,78 %
Celkem	103	100,00 %

9.12. Otázka č. 12 – Vyberte, jaké upomínkové předměty na miminko jste si ponechala.

Následující otázka je polouzavřená a výběrová. Respondenty v ní měly možnost volit jednu a více odpovědí, případně napsat odpověď vlastní. Otázka je zaměřena na výčet upomínkových předmětů, které si ženy na své dítě ponechaly. Nejčastěji si ženy z porodu odnášely otisky nožiček nebo ručiček. Tuto variantu zvolilo 51 žen. Celkem 45 žen si z porodu ponechalo fotografii miminka. Hračku pro miminko si z porodu odneslo 24 žen a identifikační náramek si odneslo 15 žen. Album nebo vzpomínkovou knížku si na své dítě vyrobilo 9 žen. Pramínek vlasů dítěte si ponechalo 7 žen. Celkem 8 respondentek zvolilo možnost jiné odpovědi. Z nichž si 4 respondentky ponechaly memorybox od neziskové organizace Dítě v srdci z. s., 2 respondentky si z porodu odnesly oblečení na miminko, 1 respondentka má fotky miminka z ultrazvuku a 1 respondentka vlastní urničku s popelem dítěte. Žádný upomínkový předmět na své dítě nevládní 43 žen.

Graf č. 12 – výčet upomínkových předmětů



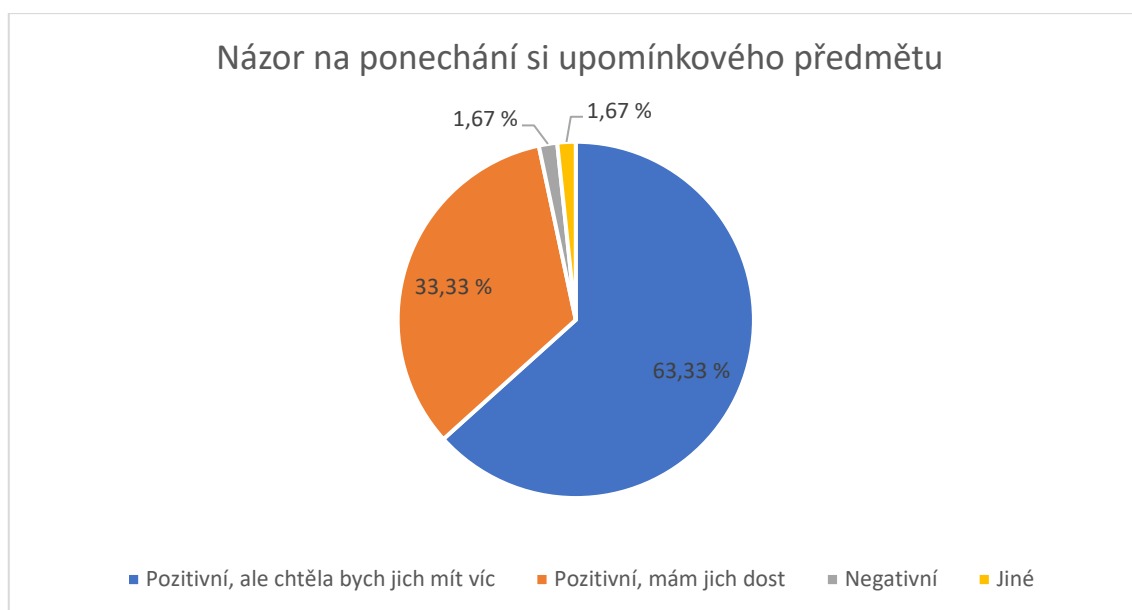
Tabulka č. 12 – výčet upomínkových předmětů

Výčet upomínkových předmětů	Absolutní četnost
Otisky nožiček nebo ručiček	51
Fotografie	45
Hračka pro miminko	24
Identifikační náramek	15
Album nebo vzpomínková knížka	9
Pramínek vlasů	7
Žádné	43
Jiné	8

9.13. Otázka č. 13 – Pokud jste si na miminko udělala upomínkový předmět, jak na to momentálně nahlížíte.

Otázka číslo 13 navazuje na otázku číslo 10 a reflektuje aktuální názor respondentek na ponechání si upomínkového předmětu na své dítě. Otázka je polouzavřená a výběrová. Odpovídalo na ni celkem 60 respondentek, jež na otázku číslo 10 odpověděly kladně. Pozitivní názor a pocit dostatku upomínkových předmětů má dle výzkumu 20 žen (33,33 %). Celkem 38 respondentek (63,33 %) má také pozitivní názor, ale přálo by si mít upomínkových předmětů ještě více. Pouze 1 respondentka (1,67 %) má na vlastnictví upomínkového předmětu negativní názor. Možnost jiná zvolila 1 respondentka (1,67 %), která si upomínkové předměty vyrobila a ponechala, ale stále nenašla odvahu se na ně podívat.

Graf č. 13 – názor na ponechání si upomínkového předmětu



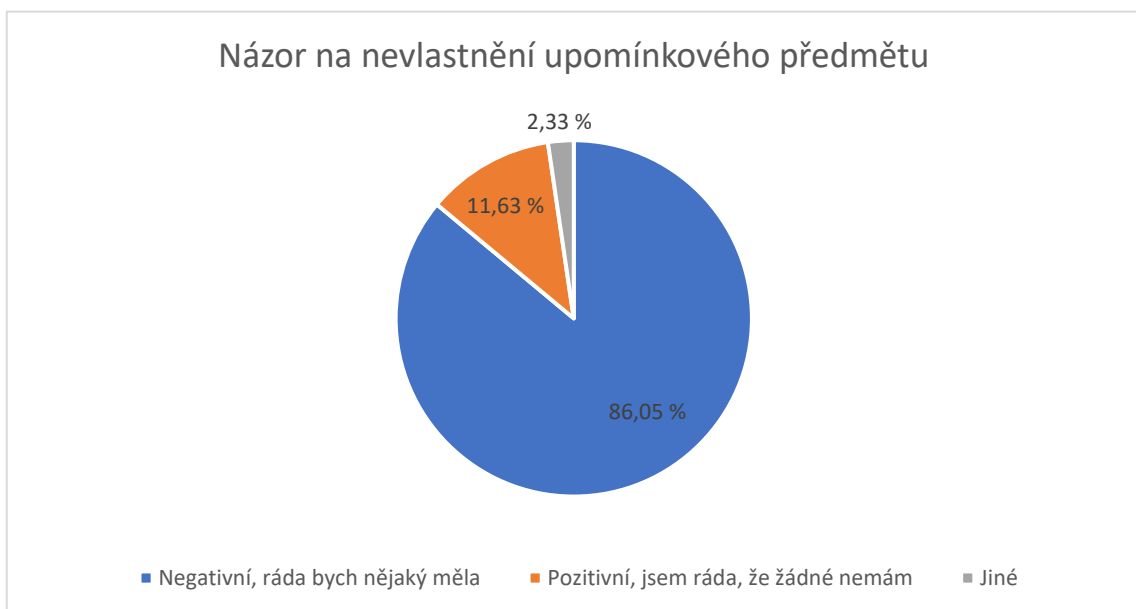
Tabulka č. 13 – názor na ponechání si upomínkového předmětu

Názor na ponechání si upomínkového předmětu	Absolutní četnost	Relativní četnost
Pozitivní, ale chtěla bych jich mít víc.	38	63,33 %
Pozitivní, mám jich dost.	20	33,33 %
Negativní	1	1,67 %
Jiné	1	1,67 %
Celkem	60	100,00 %

9.14. Otázka č. 14 – Pokud jste si na miminko neudělala upomínkový předmět, jaký na to máte momentálně názor?

Tato otázka navazuje opět na otázku číslo 10 a je určena ženám, které na otázku, zda si na dítě ponechaly jakýkoliv upomínkový předmět, odpověděly záporně. Otázka je polouzavřená a výběrová. Odpovídalo na ni 43 respondentek. Markantní množství respondentek – 37 (86,05 %) má na nevládnění upomínkového předmětu negativní názor a rádo by vzpomínkový předmět na dítě vlastnilo. Pouze 5 respondentek (11,63 %) uvedlo, že na nevládnění upomínkového předmětu mají pozitivní názor a jsou rády, že si žádný předmět neponechaly. Možnost jiné zvolila 1 žena (2,33 %), která uvedla, že ohledně absence upomínkového předmětu nemá pozitivní ani negativní názor.

Graf č. 14 – názor na nevládnění upomínkového předmětu



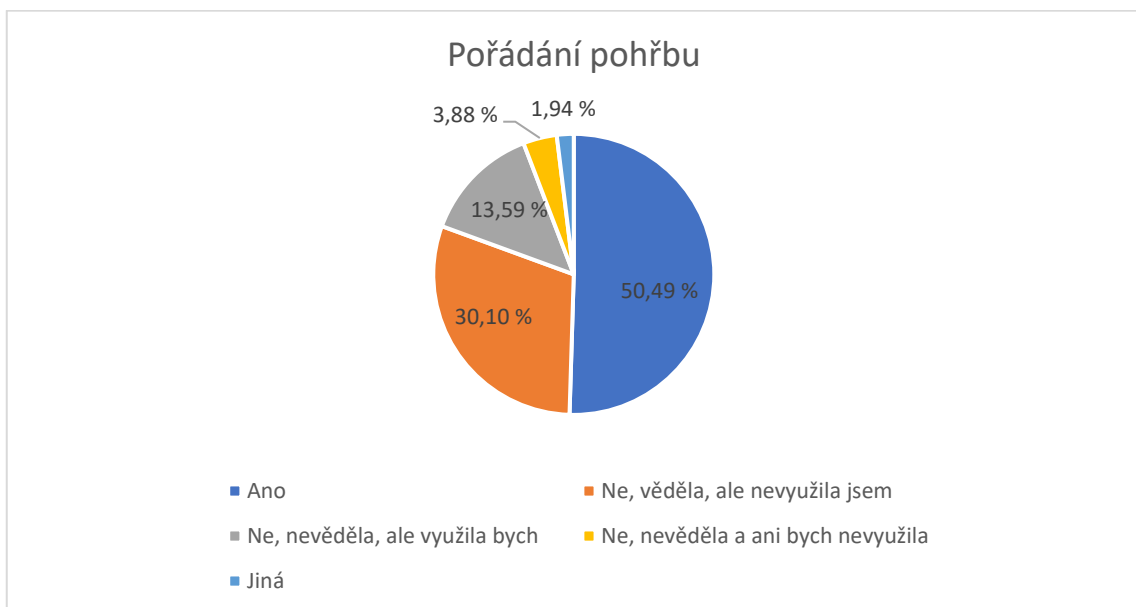
Tabulka č. 14 – názor na nevládnění upomínkového předmětu

Názor na nevládnění upomínkového předmětu	Absolutní četnost	Relativní četnost
Negativní, ráda bych nějaký měla.	37	86,05 %
Pozitivní, jsem ráda, že žádné nemám.	5	11,63 %
Jiné	1	2,33 %
Celkem	43	100,00 %

9.15. Otázka č. 15 – Využila jste možnosti pohřbu?

Otázka číslo 15 zkoumala četnost pořádání pohřbů mrtvorozených dětí. Zjišťovala také informovanost žen ohledně možnosti pohřbu. Otázka je typově uzavřená a výběrová. Celkem 52 respondentek (50,49 %) pro své mrtvorozené dítě pohřeb uspořádalo. 31 respondentek (30,10 %) bylo o možnosti pohřbu informováno, ale rozhodlo se pohřeb nepořádat. 14 respondentek (13,59 %) vypovědělo, že by pohřeb uspořádalo, ale nebylo o této možnosti informováno. Celkem 4 respondentky o možnosti pohřbu také nebyly informovány, ale ony by této možnosti nevyužily. Variantu odpovědi jiná zvolily 2 ženy. Jedna respondentka vypověděla, že pohřeb pořádat chtěla, ale personál nemocnice ji neumožnil vystavení těla dítěte. Dle druhé respondentky na ni personál nemocnice vyvíjel nátlak a ona neměla čas se rozhodnout, zda pohřeb chce nebo nikoliv.

Graf č. 15 – pořádání pohřbu



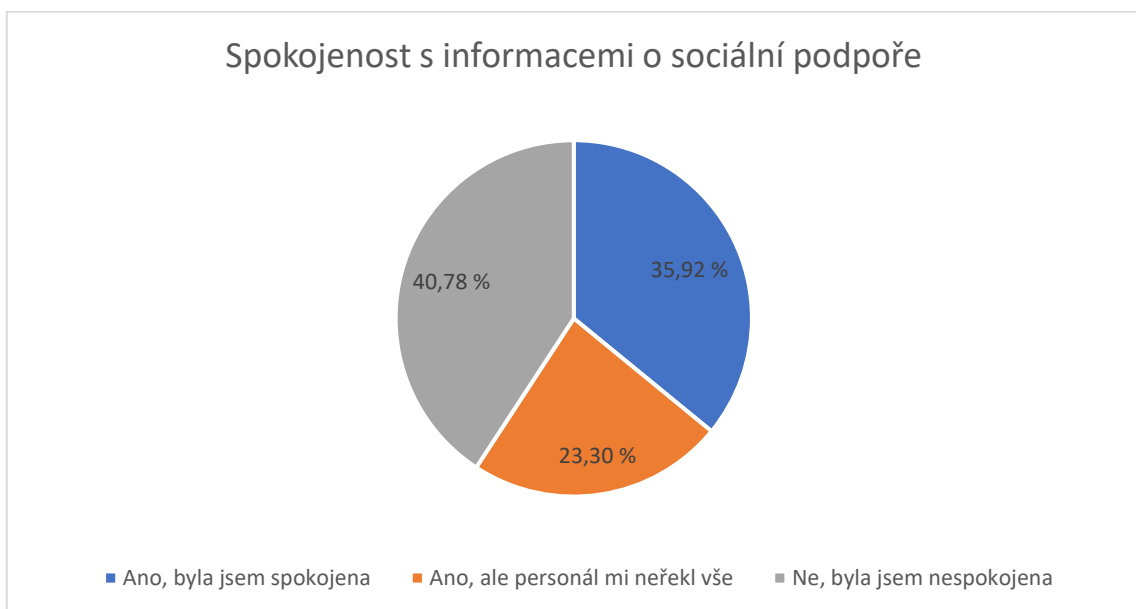
Tabulka č. 15 – pořádání pohřbu

Pořádání pohřbu	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	52	50,49 %
Ne, věděla, ale nevyužila jsem.	31	30,10 %
Ne, nevěděla, ale využila bych.	14	13,59 %
Ne, nevěděla a ani bych nevyužila.	4	3,88 %
Jiná	2	1,94 %
Celkem	103	100,00 %

9.16. Otázka č. 16 – Poskytl Vám personál nemocnice dostatek informací ohledně sociální podpory po porodu mrtvého miminka? (pohřebné, peněžité podpora po porodu, podpůrné organizace, ...)

Otázka číslo 16 zkoumá informovanost žen ohledně sociální podpory po porodu mrtvého plodu, kdy jim tyto informace předával personál nemocnice. Otázka je uzavřená a výběrová. S množstvím informací ohledně sociální podpory bylo spokojeno 37 respondentek (35,92 %). Celkem 24 respondentek (23,30 %) hodnotí svou zkušenost ohledně informovanosti jako dostatečnou, ale zároveň jsou názoru, že jim personál neřekl veškeré informace. Nejvíce respondentek – 42 (40,78 %) zvolilo jako svou odpověď možnost, kdy byly s množstvím informací nespokojeny

Graf č. 16 – spokojenost s informacemi o sociální podpoře



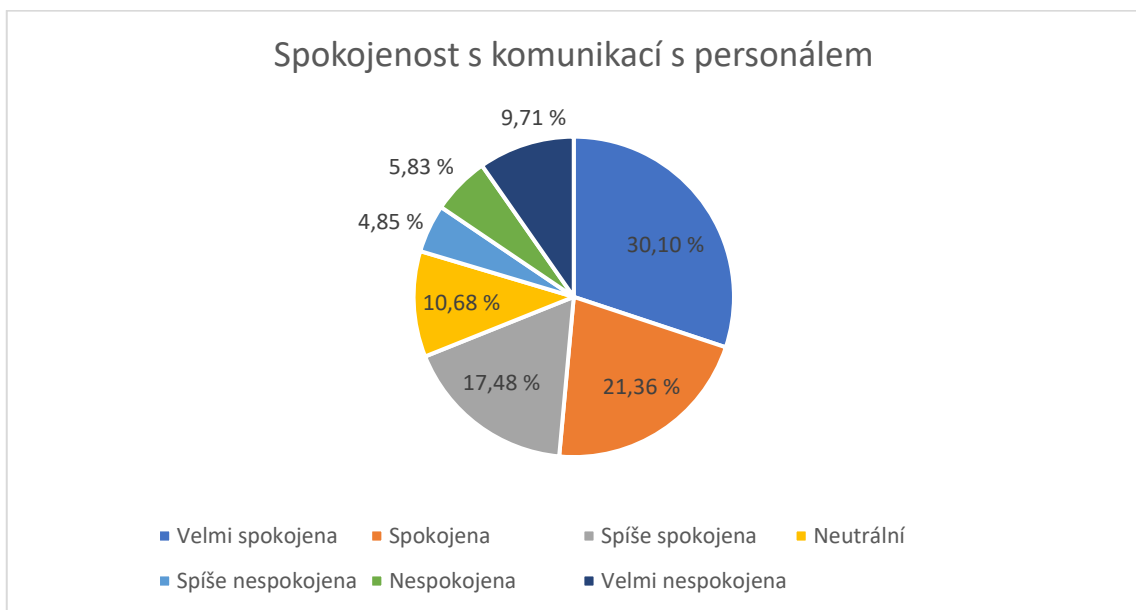
Tabulka č. 16 – spokojenost s informacemi o sociální podpoře

Spokojenost s informacemi o sociální podpoře	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, byla jsem spokojena.	37	35,92 %
Ano, ale personál mi neřekl vše.	24	23,30 %
Ne, byla jsem nespokojena.	42	40,78 %
Celkem	103	100,00 %

9.17. Otázka č. 17 – Jak jste byla spokojena s komunikací s personálem během celého vašeho porodu?

Následující otázka mapuje spokojenost žen ohledně komunikace s personálem během celého porodu mrtvého plodu. Otázka je uzavřená a škálová. S komunikací bylo velmi spokojeno 31 respondentek (30,10 %), spokojeno bylo 22 respondentek (21,36 %) a spíše spokojeno bylo 18 respondentek (17,48 %). Neutrální pocit z komunikace s personálem mělo 11 žen (10,68 %). Spíše nespokojeno bylo 5 respondentek (4,85 %) a nespokojeno bylo 6 respondentek (5,83 %). Celkem 10 žen (9,71 %) bylo s komunikací velmi nespokojeno.

Graf č. 17 – spokojenost s komunikací s personálem



Tabulka č. 17 – spokojenost s komunikací s personálem

Spokojenost s komunikací s personálem	Absolutní četnost	Relativní četnost
Velmi spokojena	31	30,10 %
Spokojena	22	21,36 %
Spíše spokojena	18	17,48 %
Neutrální	11	10,68 %
Spíše nespokojena	5	4,85 %
Nespokojena	6	5,83 %
Velmi nespokojena	10	9,71 %
Celkem	103	100,00 %

9.18. Otázka č. 18 – Je něco, co byste ráda změnila na přístupu personálu nemocnice během celého Vašeho pobytu v porodnici?

Otázka číslo 18 je otevřená a nepovinná. Respondentky v ní měly možnost vyjádřit, co by rády změnily na chování personálu během celého pobytu v nemocnici. Na tuto otázku odpovědělo celkem 45 respondentek (43,69 %). Nejčastěji respondentky kritizovaly nedostatečnou empatii personálu, nedostatečnou nebo nevhodnou komunikaci a nemožnost mít u sebe partnera. Negativně ženy vnímaly zlehčování jejich situace nebo pocit, že se jim personál vyhýbá a bojí se s nimi komunikovat. Často se také opakovaly výtky ohledně neuspokojivé edukace o průběhu celého porodu, a hlavně o možnostech rozloučení s miminkem. Matky dle svých slov neměly dostatečný prostor na rozhodnutí se ohledně formy rozloučení, nebo jim jednotlivé možnosti rozloučení nebyly dostatečně vysvětleny. Opakovaně se vyskytovalo tvrzení, že by ženám v této situaci pomohlo, kdyby byl personál v rituálu rozloučení aktivnější, například by mohl pomoci matkám jejich dítě obléknout, vykoupat a udělat si na něj upomínkové předměty.

„Pomohlo by mi, kdyby personál nabízel víckrát pochování si syna, klidně i po delší době od porodu. Vše se stalo tak rychle, že jsem si nestihla uvědomit, jak je pro mě důležité syna vidět.“

„Kdyby nemocnice automaticky dělaly vzpomínkové balíčky. V daném momentě jsem se bála mít fotku nebo větší kontakt, aby mi to nezpůsobilo větší psychickou zátěž. Opak je ale pravdou. Po měsíci nebo dvou mě velmi mrzelo, že si nepamatuji tvář dcery a dala bych cokoli, kdybych takový balíček mohla otevřít a podívat se na její fotografii“

„Přála bych si lepší komunikaci s personálem. Nabídnout, co vše můžu a nemůžu. V ten moment totiž na nic z toho nemyslíte, někdy ani nevíte, co vše můžete. Pak zpětně litujete, ale nejde to vrátit.“

„Personál se choval, jako kdyby o nic nešlo. Nechali mě ve velkých bolestech samotnou. Syna mi pak vzali, protože bych podle nich z toho byla traumatizovaná, ale jsem traumatizovaná z nich.“

Naopak ženy nejvíce oceňovaly podporující a vstřícný personál, který jim byl po celou dobu porodu velkou oporou. Respondentky opakovaně kvitovaly, když personál projevil nad situací lítost. Jedna respondentka vypověděla, že pro ni byla nejcennější klidná a vstřícná atmosféra.

„Nejdříve jsem nechtěla své dítě vidět, ale porodní asistentka mi to rozmluvila a teď jsem za to moc ráda.“

9.19. Otázka č. 19 – Je něco, co byste chtěla k tomuto dotazníku ještě doplnit?

V poslední otázce dotazníku měly ženy možnost se vyjádřit k celému dotazníku a k tématu porodu mrtvého plodu. Zodpovědělo ji 73 žen (70,87 %) Otázka byla otevřená a nepovinná. Celkem 5 respondentek zmiňuje důležitost memoryboxů a jak moc jim tato krabička pomohla v následném truchlení. Zároveň k tomu dodávají přání, aby tato krabička byla pro matky k dispozici v každé porodnici. Opakovaly se přání o detabuizaci celého tématu a větší informovanosti veřejnosti i personálu ohledně péče o rodiče a o možnostech rozloučení se s dítětem.

„Nedělat z toho tabu. Pomohlo mi vědět, že se to děje více ženám a nejen nám“

„Je třeba nám pomoci a říct co můžeme a nemůžeme dělat. Ta bolest je tak veliká, že nevíme, co dělat.“

10. Vyhodnocení výzkumných otázek

Výzkumná otázka č. 1: Budou rodičky preferovat přítomnost doprovodu u porodu mrtvého plodu?

Na výzkumnou otázku nacházíme odpověď v otázkách dotazníku číslo 5 a 6. Otázka číslo 5 se respondentek ptá, kdo s nimi u porodu byl. Až 71krát ženy doprovázel partner anebo člen jejich rodiny. 24krát se objevila odpověď, že žena doprovod chtěla, ale nebylo ji to umožněno. Celkem 8krát ale žena chtěla být během porodu sama. V 1 případě by respondentka chtěla mít doprovod jiný. Dvakrát se objevila odpověď, kdy žena měla s sebou předem domluvenou porodní asistentku nebo dula.

Otázka číslo 6 byla zaměřena na zpětné vnímání doprovodu u porodu. Nejvíce respondentek – 67,96 %, doprovod mělo a bylo se svou volbou spokojeno. Druhá nejčastější odpověď na otázku byla zastoupena 28,16 % respondentek a udávala, že ženy doprovod mít chtěly, ale nebylo jim to umožněno. Pouze 2,91 % respondentek bylo rádo za své rozhodnutí nemít u sebe během porodu doprovod.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že nejvíce žen u porodu mrtvého plodu doprovod chce a jsou za něj vděčné. Odpověď na výzkumnou otázku je tedy ano, ženy u porodu doprovod ve většině případech preferují. Lze tedy doporučit personálu porodnice, aby doprovod u porodu mrtvého plodu rodičce aktivně nabízel.

Výzkumná otázka č. 2: Bude většina žen hodnotit čas na rozloučení se s miminkem jako dostatečný?

Na výzkumnou otázku číslo dva odpovídají otázky dotazníku číslo 8 a 9. Otázka v dotazníku číslo 8 zkoumá názor respondentek na čas strávený s miminkem po porodu a zda jim tento čas stačil na rozloučení se s dítětem. Nejvíce žen – 39,81 %, hodnotilo čas jako dostatečný. Více času na rozloučení by potřebovalo 19,42 % žen. Se svým dítětem se po porodu 40,78 % respondentek nijak nerozloučilo. Přesně polovina z nich své dítě vidět nechtěla a polovině rozloučení nebylo umožněno. Tudíž celkem 79,62 % respondentek se se svým dítětem rozloučila, nebo chtěla rozloučit. Pouze 20,38 % respondentek se se svým dítětem rozloučit nechtěla.

Otázka číslo 9 volně navazuje na otázku číslo 8 a zjišťuje, kolik času po porodu ženy se svým dítětem strávily. Minuty se svým dítětem strávilo 32,04 % respondentek, hodiny 25,24 % respondentek a dny 1,94 % respondentek. Zbýlých 40,78 % respondentek se se svým dítětem po porodu nijak nerozloučilo.

Výsledky dotazníku se dají interpretovat tak, že markantní množství žen se chce se svým dítětem po porodu rozloučit. Zajímavý je také údaj, že až každé páté účastnici

výzkumu rozloučení se s miminkem nebylo umožněno, přestože se rozloučit chtěla. Čas, který se ženy se svým dítětem loučí, je nejčastěji v rádech minut nebo hodin.

Výzkumná otázka č. 3: Bude mít více jak 50 % žen zkušenost s fyzickým kontaktem s jejich mrtvorozeným dítětem?

V dotazníku se odpovědí na tuto otázku zabývala otázka číslo 7. Ptala se žen, jestli své dítě chovaly, pouze viděly nebo s ním neměly žádný kontakt. Z dotazníku vyplynulo, že své dítě chovalo 47,57 % respondentek. Pouze ho vidělo 11,65 % respondentek a žádný kontakt s dítětem nemělo 40,78 % žen.

Odpověď na výzkumnou otázku tedy je, že fyzický kontakt s dítětem mělo méně než 50 % respondentek výzkumu. V následné diskusi se věnuji porovnávání výsledků dotazníku s výsledky zahraničních studií.

Výzkumná otázka č. 4: Bude většina žen v současnosti vděčná za ponechání si upomínkových předmětů na své dítě?

Na tuto otázku odpovídá otázka číslo 13. Celkem si na své dítě ponechalo jakýkoliv upomínkový předmět 60 respondentek. Z nich 63,33 % je s pořízením upomínkového předmětu spokojena a přála by si mít upomínkových předmětů ještě více. Třetina respondentek – 33,33 %, je spokojena i dostatkem upomínkových předmětů a pouze 1,67 % žen litovalo pořízení si vzpomínky.

Odpověď na výzkumnou otázku je, že až 96,66 % matek, jež si na své mrtvorozené dítě udělaly vzpomínkový předmět, byly se svým rozhodnutím spokojeny a spíše by chtěly mít vzpomínkových předmětů více.

Výzkumná otázka č. 5: Bude více než 50 % rodiček, jež si na své dítě nevyrobily žádný upomínkový předmět, tohoto rozhodnutí v současnosti litovat?

Výzkumnou otázku zodpovídá otázka v dotazníku číslo 14. Dle předchozích otázek si na dítě žádnou vzpomínku nevytvořilo celkem 43 žen. Nepořízení upomínkového předmětu zpětně lituje 86,05 % respondentek. Se svým rozhodnutím je spokojeno 11,63 % respondentek. Jedna respondentka (2,33 %) na své rozhodnutí nezaujala ani negativní, ani pozitivní postoj.

Na tuto otázku lze tedy odpovědět ano. Neponechání si upomínkového předmětu až 86,05 % matek v současnosti lituje.

Výzkumná otázka č. 6: Jak časté je pořádání pohřbů mrtvorozeným dětem v České republice?

Touto otázkou se v dotazníkovém šetření zabývala otázka číslo 15. Ptala se respondentek na jejich zkušenost a informovanost ohledně pohřbu mrtvorozeného dítěte. Dle výsledků výzkumu pořádalo pohřeb pro své dítě 50,49 % žen. Dalších 13,59 % respondentek uvádí, že o možnosti pohřbu informovány nebyly, ale pohřeb by uspořádaly.

Tento údaj jsem v následující diskusi porovnávala s výsledky zahraničních studií.

Výzkumná otázka č. 7: Budou rodičky spokojeny s komunikací s personálem a budou dostatečně edukovány o sociální podpoře?

Na otázky spokojenosti respondentek s komunikací s personálem se soustředovaly otázky číslo 16 a 17.

Otázka číslo 16 u žen mapovala spokojenost s množstvím informací ohledně sociální podpory po porodu. Celkem 35,92 % respondentek bylo s množstvím informací spokojeno. 23,30 % respondentek bylo také spokojeno, ale informací by ocenilo více. Nejvíce respondentek v dotazníku – 40,78 %, udává nespokojenost s množstvím informací.

Otázka 17 zjišťovala celkovou spokojenost žen s komunikací s personálem v průběhu celého porodu. Celkem 68,94 % respondentek zvolilo svou odpověď na škále jako velmi spokojena, spokojena a spíše spokojena. Neutrální postoj zaujmul 10,68 % žen. Možnosti spíše nespokojena, nespokojena a velmi nespokojena zvolilo celkem 20,39 % respondentek.

Na výzkumnou otázku lze odpovědět, že ohledně sociální podpory po porodu mrtvorozeného dítěte byla většina žen s množstvím informací nespokojena anebo by jich potřebovala více. Ohledně komunikace s personálem během celého porodu byla větší část respondentek spokojena.

11. Vyhodnocení výzkumných cílů a diskuse

První výzkumný cíl spočíval v mapování zkušeností žen, které si porodem mrtvého plodu prošly, a porovnání těchto údajů s výsledky výzkumů ze zahraničí. Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 103 respondentek.

Z výzkumu bakalářské práce vyplývá, že ženy oceňují doprovod k porodu mrtvého plodu. Nejčastěji jako doprovod volí svého partnera nebo členy rodiny. Lze tedy doporučit personálu, aby ženám aktivně nabízel možnost doprovodu k porodu a udělal vše, co je v možnostech nemocnice, aby žena v této náročné situaci nebyla sama.

Další otázka dotazníku byla zaměřena na kontakt s dítětem po porodu. Výsledky tohoto výzkumu jsou porovnatelné s výsledky výzkumu doktorky Ratislavové z roku 2015, který se realizoval v českých porodnicích. V něm se prokázalo, že 29 % žen své dítě po porodu chovalo, 15 % žen dítě pouze vidělo a až 56 % žen nemělo se svým dítětem žádný kontakt (Ratislavová, 2015).

Z britského výzkumu z roku 2013 vyplývá, že své dítě drželo 94 % žen a 6 % žen své dítě pouze vidělo. Žádná z respondentek neuvědla, že by své dítě po porodu ani neviděla (Crawley a další, 2013). Švédský výzkum z roku 2012 udává, že své mrtvorozené dítě chovalo 76 % matek a 85,2 % otců, jen vidělo 17,7 % matek a 13,2 % otců. Pouze 6,3 % matek a 1,6 % otců jejich dítě ani nevidělo (Avelin a další, 2012). Podobné výsledky udává i dánský výzkum z roku 2021. Dle něj své dítě chovalo 92,5 % rodičů. Pouze vizuální kontakt mělo se svým dítětem 4,5 % rodičů. Žádný kontakt s dítětem neměly 3 % rodičů (Jørgensen a další, 2021).

Mezinárodní online studie srovnává míru kontaktu s dítětem (držení a vidění se) dle jednotlivých států. Výzkum uvádí, že až v 10 státech z 15 mělo více jak 90 % rodičů kontakt se svým dítětem po porodu mrtvého plodu. Příkladem jsou USA, Velká Británie, Švédsko, Nizozemí, Austrálie a Německo. Na opačné straně škály stojí Mexiko a Argentina, kde měli rodiče kontakt se svým mrtvorozeným dítětem jen v 52 % případů. V Evropě je nejnižší míra kontaktů s dítětem v Itálii (70 %) a ve Španělsku (63 %) (Horey a další, 2021).

Porovnáním výsledků můžeme dojít k závěru, že v České republice má kontakt s dítětem po porodu mrtvého plodu rostoucí trend. Stále jsou ale patrné značné rozdíly oproti zahraničním výzkumům, ve kterých je četnost kontaktu s dítětem po porodu mrtvého plodu mnohem vyšší.

V poslední otevřené otázce dotazníkového šetření se k tématu fyzického kontaktu s dítětem vyjadřovalo několik respondentek. Všechny se shodly, že jim personál dostatečně nenabízel kontakt s dítětem a nevysvětlil jim jeho výhody a nevýhody. Pokud rodiče chtěli své dítě po porodu vidět, museli být oni sami proaktivní. V této situaci vidím nedostatečnou edukaci personálu ohledně benefitů kontaktu s dítětem po porodu mrtvého plodu a zřejmě i

určitý strach. Zdravotníci se mohou bát, že rodičům kontaktem způsobí trauma, ale naopak rodiče v mnoha výzkumech uvádí, že byli spíše traumatizováni tím, že své dítě neviděli.

V otázkách dotazníku, týkajících se množství stráveného času po porodu s dítětem, respondentky ve 39,81 % odpovídaly, že čas na rozloučení byl pro ně dostatečný. Stejný počet respondentek ale potřeboval času více anebo jim rozloučení nebylo umožněno ze strany personálu. Celkem se tedy se svým dítětem chtělo rozloučit až 79,39 % matek. Toto číslo může sloužit jako důkaz toho, že se většina žen po porodu se svým dítětem rozloučit chce a personál nemocnice by jim v tom neměl nijak bránit. Domnívám se, že poskytnutí dostatečného času matce na rozloučení se s miminkem by měla být součástí běžné praxe péče o ženu po porodu mrtvého plodu.

Dotazník se zaměřoval i na četnost, s jakou ženy pořádají pohřby svým mrtvorozeným dětem. Dle výsledků tohoto výzkumu pohřb pořádalo pouze 50,49 % respondentek. Dalších 13,59 % žen by pohřb uspořádalo, ale nebylo o této možnosti informováno.

Švédský výzkum z roku 2012 udává, že pohřb pro své dítě uspořádalo až 87,1 % matek a 96,7 % otců (Avelin a další, 2012). Britská práce z roku 2013 udává čísla podobná, a to, že pohřb pro své dítě organizovalo 94 % rodičů (Crawley a další, 2013).

Mezinárodní online studie z roku 2021 porovnává i četnost pohřbů dle jednotlivých zemí. Až v 9 státech z 15 uspořádalo pohřb pro své mrtvorozené dítě více jak 90 % rodičů. Opět zde jsou zastoupeny například USA, Velká Británie, Austrálie, Německo a Nizozemí. Státem s nejnižší četností pohřbů je Španělsko, kde pohřb pro své mrtvorozené dítě pořádá jen 43 % rodičů (Horey a další, 2021).

Při porovnání údajů je viditelná mnohem vyšší frekvence pořádání pohřbů v zahraničí než v České republice. Již při sestavování dotazníku jsem se chtěla soustředit i na informovanost žen o pořádání pohřbu. Z výsledků výzkumu je patrné, že až 80,59 % respondentek bylo o možnosti pořádání pohřbu informováno. Tudíž nižší počet pohřbů mrtvorozených dětí v České republice oproti zahraničí nemusí být primárně způsoben nedostatečnou edukací rodičů.

Druhým cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaké upomínkové předměty si ženy z porodu odnesly a jaký mají v současnosti názor na jejich vlastnění. Celkem si upomínkový předmět na dítě ponechalo pouze 58,25 % respondentek. Jestliže opět porovnáme tento údaj se souhrnnou studií z roku 2021, zjistíme, že tato četnost je oproti mnoha zemím nižší. V 9 státech z 15 si více než 90 % rodičů z porodu odneslo upomínkový předmět. Těmito zeměmi jsou například Austrálie, Velká Británie, USA, Norsko, Švédsko a Nizozemí. Naopak nejméně rodičů si z porodu odnáší upomínkový předmět ve Španělsku, Itálii, Mexiku a Chile. V těchto státech si upomínku na dítě ponechalo méně než 30–40 % rodičů (Horey a další, 2021).

Dle mého názoru jsou velmi zajímavé odpovědi na otázky číslo 13 a 14, v nichž byly ženy dotazovány na názor na vlastnění nebo nevlastnění upomínkového předmětu. Až 63,33 % respondentek, které si upomínkový předmět ponechalo, je s jeho vlastněním spokojeno a památek by si přálo mít ještě více. S množstvím upomínkových předmětů bylo spokojeno 33,33 % žen. Pouze 1,67 % respondentek mělo na pořízení si upomínkového předmětu negativní názor.

Na otázku týkající se nevlastnění upomínkového předmětu odpovědělo 86,05 % žen, že jsou s nevlastněním upomínkového předmětu nespokojeny a rády by nějaký měly. Pouze 11,63 % respondentek bylo spokojeno s tím, že žádný upomínkový předmět na své dítě nemá.

Z výsledků těchto dvou otázek jasně vyplývá, že jsou ženy zpětně vděčné za vlastnění upomínkového předmětu na své dítě, a spíše se kloní k variantě, že by předmětů chtěly mít více. Také většina žen, jež si na dítě památku nevytvořila, momentálně po nějaké touží. V této problematice vidím velký potenciál porodních asistentek. Ty by mohly v těchto náročných chvílích rodičům nabídnout vyrobení si upomínkových předmětů a vysvětlit jim jejich veškeré benefity. Pokud si rodiče nepřejí hned po porodu vlastnit upomínkové předměty, je dle mého názoru nejvhodnější pořízení upomínkových předmětů porodní asistentkou nebo dětskou všeobecnou sestrou. Tyto předměty mohou zůstat založené v dokumentaci v nemocničním archivu. Pocit, že existuje například fotografie nebo otisk nožiček jejich dítěte, může rodičům dodat pocit jistoty, že se k upomínkovým předmětům mohou vrátit, jakmile na to budou připraveni. Naopak při nepořízení například fotografie už rodiče nikdy neuvidí obličej svého dítěte a nebudou mít žádný hmotný důkaz, že jejich dítě skutečně existovalo. Tyto faktory mohou mít vliv na rozvoj komplikovaného truchlení nebo rozvoj psychického onemocnění.

Otázky, týkající se upomínkových předmětů také mapovaly, kdo přišel s nápadem pořízení si upomínkového předmětu. Není překvapující, že až v 49,51 % případech navrhl pořízení vzpomínky personál nemocnice. Pouze v 9,71 % případech to napadlo rodičku samotnou nebo její doprovod. Zbylým 40,78 % žen ponechání si upomínkového předmětu nikdo nenavrhl. Je zde tedy opět pozorovatelná stěžejní role personálu porodnice, který by měl ženě alespoň nabídnout výrobu vzpomínky.

V polouzavřené otázce číslo 12 jsem se žen dotazovala na to, jaký upomínkový předmět si na své dítě ponechaly. Nejčastěji to byly otisky nožiček nebo ručiček, fotografie, hračka pro miminko nebo identifikační náramek. Ženy také v otevřené části otázky zmiňovaly memoryboxy, ultrazvukové fotografie nebo oblečení.

Třetí cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, jaká je spokojenost žen s komunikací s personálem během porodu mrtvého plodu, a jak byly ženy spokojené s dostatkem informací ohledně sociální podpory. Tento cíl zodpovídaly otázky dotazníku číslo 16, 17 a 18.

V otázce číslo 16 respondentky reflektovaly svou spokojenost s informacemi o sociální podpoře po porodu mrtvého plodu. Spokojených s množstvím informací bylo jen 35,92 % žen, více informací by ocenilo 25,30 % respondentek a nespokojených bylo celkem 40,78 % žen. Z těchto výsledků je patrné, že personál není v této oblasti dostatečně edukován, nebo nepřikládá této problematice dostatečnou pozornost. Pomoci rodičům i personálu mohou neziskové organizace, které provozují informační telefonní linky nebo poskytují tištěné edukační materiály.

Na spokojenost s komunikací byly zaměřeny otázky 17 a 18. V otázce 17 měly respondentky na výběr škálu možností od velmi spokojené po velmi nespokojenou. Možnosti velmi spokojena, spokojena a spíše spokojena zvolilo 68,94 % respondentek, 10,68 % žen mělo na komunikaci s personálem neutrální názor a 20,38 % respondentek zvolilo možnosti spíše nespokojena, nespokojena a velmi nespokojena. V otázce číslo 18 ženy mohly svou odpověď na předchozí otázku odůvodnit v otevřené odpovědi. Ženy považovaly za nejpřínosnější lidskost personálu, projevy empatie a proaktivitu v rámci rituálu rozloučení. Naopak ženy nejčastěji kritizovaly nedostatek empatie, komunikace a celkově nedostatečně proškolený personál. Dále se ženám nelíbilo, pokud personál používal prázdné fráze nebo situaci zlehčoval.

Závěr

Bakalářská práce se věnovala tématu péče o ženu při porodu mrtvého plodu. Skládala se z části teoretické a praktické. V teoretické části jsem vysvětlila základní pojmy a problematiku z ošetrovatelského hlediska. Dále jsem zde popisovala varianty rituálu rozloučení a jaký vliv mohou mít na prožívání ztráty. Následovala kapitola, která shrnula problematiku truchlení. Poslední kapitola teoretické části se věnovala sociální podpoře po porodu mrtvého plodu.

Praktická část práce se zaměřila na zkušenosti žen po porodu mrtvého plodu. Výzkum byl veden kvantitativně formou dotazníku a zúčastnilo se ho celkem 103 respondentek.

Dotazníkové šetření mělo celkem 19 otázek. Výsledky výzkumu ukázaly, že většina respondentek preferuje doprovod k porodu a nejčastěji volí jako svůj doprovod partnera nebo členy rodiny. Následující otázky se týkaly kontaktu s dítětem po porodu, kdy pouze polovina žen měla se svým dítětem fyzický kontakt. Až dvě třetiny respondentek by času na rozloučení potřebovaly více nebo jim rozloučení nebylo umožněno. Dalších pět otázek mapovalo situaci ohledně upomínkových předmětů. Dle výsledků je většina žen ráda za ponechání upomínkového předmětu a raději by jich měla ještě více. Na nevlastnění upomínkového předmětu má nejvíce respondentek názor negativní. V této problematice vidím prostor pro zlepšení přístupu personálu porodnice. Ten by měl být i v takto náročné problematice řádně edukován a neměl by mít strach o tématu otevřeně hovořit a diskutovat.

Poslední tři otázky zkoumaly spokojenost respondentek s informacemi, týkající se sociální podpory a komunikace. Největší nedostatky respondentky viděly v nedostatečném množství informací ohledně celé péče při porodu a o chvílích, které nastanou po něm. Respondentky by obecně ocenily více proaktivní personál, který se nebojí projevit emoce a podpoří je během celého porodu.

Všechny cíle práce byly splněny a všechny výzkumné otázky byly zodpovězeny. Díky této práci jsem si prohloubila své znalosti problematiky porodu mrtvého plodu. Výzkumná část práce poukázala na stěžejní roli zdravotnického personálu v péči o rodiče. Porod mrtvého plodu je bezesporu nesmírně psychicky zatěžující situace pro oba rodiče i pro celou jejich rodinu. Proto bych si přála, aby každý rodič, který si takto náročnou situaci bude muset projít, měl po boku dostatečně edukovaný a empatický personál, který jim bude po celou dobu porodu maximální oporou. Doufám, že poznatky výzkumu poslouží k otevření tématu, jeho diskusi a k dalšímu hlubšímu zkoumání.

Seznam použité literatury

1. AMERY, Justin. *Opravdu praktický průvodce dětskou paliativní péčí pro doktory a zdravotní sestry kdekoliv na světě*. 3. vydání. Praha: Cesta domů, 2017. ISBN: 978-80-88126-34-8
2. AVELIN, Pernilla, ERLANDSSON, Kerstin, HILDINGSSON, Ingegers, et al. Make the Stillborn Baby and the Loss Real for the Siblings: Parents' Advice on How the Siblings of a Stillborn Baby Can Be Supported. *The journal of perinatal education* [online]. 2012, 21(2), 90–98. [cit. 2023-02-05]. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.21.2.90>.
3. BATRA, G, BUNKER, O, CHURCH, E, et al. North West Management of Stillbirth Guideline. NHS England: 2021. [cit. 2024-01-03] Dostupné také z: <https://www.england.nhs.uk/north-west/wp-content/uploads/sites/48/2021/03/NW-Stillbirth-Guideline-FINAL-V4-March-2021.pdf>
4. BINDER, Tomáš, a kolektiv. *Porodnictví*. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2014. ISBN: 978-80-246-1907-1
5. BUŽGOVÁ, Radka, SIKOROVÁ, Lucie, a kolektiv. *Dětská paliativní péče*. Praha: Grada, 2019. ISBN: 978-80-271-0584-7
6. CRAWLEY, Rosalind, LOMA, Samantha, AYERS, Susan. Recovering from stillbirth: the effects of making and sharing memories on maternal mental health. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* [online]. 2013, 31(2), 195-207. [cit. 2024-01-08]. Dostupné také z: <https://doi.org/10.1080/02646838.2013.795216>
7. Česká gynekologická a porodnická společnost (ČGPS) České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (ČLS JEP). *Porod mrtvého plodu – doporučený postup*. Praha: ČGPS a ČLS JEP, 2019
8. ČESKO. Zákon č. 117/1995 Sb. Ze dne 14. 7. 1995, o státní sociální podpoře. Online In: *Zákony pro lidi*. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1995-117>. [cit. 2024-02-06].
9. ČESKO. Zákon č. 187/2006 Sb. Ze dne 14. 3. 2006, o nemocenském pojištění. Online. In: *Zákony pro lidi*. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-187>. [cit. 2024-02-08].
10. ČESKO. Zákon č. 256/2001 Sb. Ze dne 25. 7. 2001, o pohřebnictví a o změně některých zákonů. Online In: *Zákony pro lidi*. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2001-256>. [cit. 2024-01-09].

11. ČESKO. Zákon č. 262/2006 Sb. Ze dne 7. 6. 2006, zákoník práce. Online In: *Zákony pro lidi*. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-262>. [cit. 2024-02-06].
12. ČESKO. Zákon č. 372/2011 Sb. Ze dne 8. 12. 2011, o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). Online. In: *Zákony pro lidi*. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372?text=372%2F2011>. [cit. 2024-12-06].
13. Český statistický úřad, *Statistická ročenka České republiky*. Praha: 2023. [cit. 2024-01-21]. ISBN: 978-80-250-3428-6. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/statisticka-rocenka-ceske-republiky-2023>
14. DUBOVÁ, Olga, ZIKÁN, Michal. *Praktické repetitorium gynekologie a porodnictví*. 2. vydání. Praha: Maxdorf, 2022. ISBN: 978-80-7345-716-7
15. FAIT, Tomáš. *Šestineděli*. Praha: Maxdorf, 2021. ISBN: 978-80-7345-685-6
16. HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL, a kolektiv. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9
17. HOREY, D, BOYLE, F.M., CASSIDY, J, et al. Parents' experiences of care offered after stillbirth: An international online survey of high and middle-income countries. *Birth* [online]. 2021; 48(3), 366–374. [cit. 2023-02-29]. Dostupné také z: <https://doi.org/10.1111/birt.12546>
18. CHVÍLOVÁ, WEBEROVÁ, Magdalena, MATĚJEK, Jaromír, STEINLAUF, Barbora, a kolektiv. *Etika v pediatrii a neonatologii*. Praha: Grada, 2023. ISBN: 978-80-271-3263-8
19. JELÍNKOVÁ, Kateřina. *...Když na začátku přichází konec... průvodce při ztrátě miminka*. 2. aktualizované vydání. Kostelec nad Orlicí: Perinatální hospic Dítě v srdci, z. s., 2023. ISBN 978-80-11-00802-4
20. JØRGENSEN, M.L., PRINDS, C., MØRK, S. and HVIDTJØRN, D. Stillbirth – transitions and rituals when birth brings death: Data from a danish national cohort seen through an anthropological lens. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* [online]. 2021, 36(1), 100-108. [cit. 2023-02-29]. Dostupné také z: <https://doi.org/10.1111/scs.12967>.
21. KINGDON, Carol, GIVENS, Jennifer L., O'DONNELL, Emer, TURNER, Mark. Seeing and Holding Baby: Systematic Review of Clinical Management and Parental Outcomes After Stillbirth. *Birth* [online]. 2015, 42(3), 206-218. [cit. 2024-01-27]. Dostupné také z: <https://doi.org/10.1111/birt.12176>

22. KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O smrti a umírání*. 2. vydání. Praha: Portál, 2015. ISBN: 978-80-262-0911-9
23. MAREŠOVÁ, Pavlína, FIALA, Luděk. *Moderní postupy v gynekologii a porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta a. s., 2018. ISBN: 978-80-204-4852-1
24. O'SULLIVAN, Rebeca. 'Remember me': an exploration of the impact of the Féileacáin Remembering Memory Box on parents bereaved through stillbirth or neonatal death. Cork: Community-Academic Research Links, University College Cork: 2019. Dostupné z: <https://cora.ucc.ie/items/77765bac-f7f5-428c-ad0d-bd6f4ced0887>
25. OREL, Miroslav, a kolektiv. *Psychopatologie – Nauka o nemocech duše*. 3., aktualizované a přepracované vydání. Praha: Grada, 2020. ISBN: 978-80-271-2529-6
26. PAŘÍZEK, Antonín, a kol. *Kritické stavy v porodnictví*. Praha: Mother-Care-Centrum Publishing, 2012. ISBN: 978-80-7262-949-7
27. PEKKOLA, Maria, TIKKANE, Minna, LOUKOVAARA, Mikko, et al. Stillbirth aftercare in a tertiary obstetric center – parents' experiences. *Journal of Perinatal Medicine* [online]. 2022, **50**(6), 844-853. [cit. 2024-01-08]. Dostupné také z: <https://doi.org/10.1515/jpm-2022-0246>
28. PETERS, Micah, D.J., LISY, Karolina, RIITANO, Dagmar, et al. Caring for families experiencing stillbirth: Evidence-based guidance for maternity care providers. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives* [online]. 2015, **28**(4), 272–278. [cit. 2023-12-21]. Dostupné také z: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.07.003>
29. PROCHÁZKA, Martin a kol. *Porodní asistence*. Praha: Maxdorf, 2020. ISBN: 978-80-7345-618-4
30. PROCHÁZKA, Martin, MĚCHUROVÁ, Alena, ČEPICKÝ, Pavel, CALDA, Pavel. *Základní a fakultativní vyšetření po porodu mrtvého plodu – doporučený postup*. Praha: ČGPS a ČLS JEP, 2014
31. RATISLAVOVÁ, Kateřina, HRUŠKOVÁ, Zuzana. *Psychosociální podpora při úmrtí miminka*. Praha: Sekce dětské paliativní péče ČSPM ČLS JEP, 2020. ISBN: 978-80-270-6935-4
32. RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Perinatální paliativní péče*. Praha: Grada, 2016. ISBN: 978-80-271-0121-4

33. RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Psycho-socio-spirituální péče porodní asistentky o ženu po perinatální ztrátě* [online]. České Budějovice, 2015 [cit. 2024-01-09]. Disertační práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce: doc. MUDr. Jiří Beran, CSc. Dostupné z: <https://wstag.jcu.cz/portal/studium/prohlizeni.html>.
34. ROZTOČIL, Aleš a kol. *Moderní porodnictví*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2017. ISBN: 978-80-247-5753-7
35. ROZTOČIL, Aleš. *Porodnictví v kostce*. Praha: Grada, 2020. ISBN: 978-80-271-2098-7
36. ŠÁLKOVÁ, Jana, a kolektiv. *Intenzivní péče v porodní asistenci*. Praha: Grada, 2021. ISBN: 978-80-271-0844-2
37. ŠPAŇHELOVÁ, Ilona. *Prázdná kolébka*. Praha: Portál, 2015. ISBN: 978-80-262-0942-3
38. TAKÁCS, Lea, SOBOTKOVÁ, Daniela, ŠULOVÁ Lenka a kol. *Psychologie v perinatální péči*. Praha: Grada, 2015. ISBN: 978-80-247-5127-6
39. VLK, Radovan. *Preindukce a indukce porodu – doporučený postup*. Praha: ČGPS a ČLS JEP, 2016
40. VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál, 2003. ISBN: 80-7178-740-X
41. WILHELMOVÁ, Radka. *Vybrané kapitoly porodní asistence*. Brno: Masarykova univerzita: 2021. ISBN: 978-80-210-8204-5

Seznam zkratek

HELLP – syndrom, zahrnující hemolýzu, zvýšení jaterních hodnot a trombocytopenii

DIC – diseminovaná intravaskulární koaguace

CRP – C – reaktivní protein

TSH – tyreotropní hormon

Kč – Koruna česká

USA – Spojené státy americké

Seznam grafů

Graf č. 1 – věk respondentky v době porodu mrtvého plodu	33
Graf č. 2 – týden těhotenství porodu mrtvého plodu	34
Graf č. 3 – zkušenost s předchozím těhotenstvím	35
Graf č. 4 – zkušenost se ztrátou v těhotenství.....	36
Graf č. 5 – přítomnost doprovodu u porodu	37
Graf č. 6 – názor na doprovod u porodu	38
Graf č. 7 – kontakt s dítětem po porodu	39
Graf č. 8 – názor na čas na rozloučení	40
Graf č. 9 – čas po porodu.....	41
Graf č. 10 – vlastnictví upomínkového předmětu.....	42
Graf č. 11 – navrnutí ponechání si upomínkového předmětu	43
Graf č. 12 – výčet upomínkových předmětů.....	44
Graf č. 13 – názor na ponechání si upomínkového předmětu	46
Graf č. 14 – názor na nevlastnění upomínkového předmětu	47
Graf č. 15 – pořádání pohřbu	48
Graf č. 16 – spokojenost s informacemi o sociální podpoře.....	49
Graf č. 17 – spokojenost s komunikací s personálem.....	50

Seznam tabulek

Tabulka č. 1 – věk respondentky v době porodu mrtvého plodu	33
Tabulka č. 2 – týden těhotenství porodu mrtvého plodu.....	35
Tabulka č. 3 – zkušenost s předchozím těhotenstvím	35
Tabulka č. 4 – zkušenost se ztrátou v těhotenství	36
Tabulka č. 5 – přítomnost doprovodu u porodu	37
Tabulka č. 6 – názor na doprovod u porodu	38
Tabulka č. 7 – kontakt s dítětem po porodu	39
Tabulka č. 8 – názor na čas na rozloučení	40
Tabulka č. 9 – čas po porodu	41
Tabulka č. 10 – vlastnictví upomínkového předmětu	42
Tabulka č. 11 – navrnutí ponechání si upomínkového předmětu	43
Tabulka č. 12 – výčet upomínkových předmětů	45
Tabulka č. 13 – názor na ponechání si upomínkového předmětu	46
Tabulka č. 14 – názor na nevlastnění upomínkového předmětu	47
Tabulka č. 15 – pořádání pohřbu.....	48
Tabulka č. 16 – spokojenost s informacemi o sociální podpoře	49
Tabulka č. 17 – spokojenost s komunikací s personálem	50

Přílohy

Příloha č. 1 – Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Klára Hlaviznová a jsem studentkou oboru porodní asistence na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy. Jako téma mé bakalářské práce jsem si vybrala právě péči o ženu při porodu zemřelého miminka. Chtěla bych pomocí tohoto krátkého dotazníku zjistit, jak reálně probíhal Váš porod, co by Vám případně pomohlo a jak se na tuto situaci ohlížíte zpětně. Dotazník je určen pro rodičky, které porodily mrtvé miminko (dítě se narodilo již bez známek života a mělo více jak 500 g nebo se narodilo po ukončeném 21. týdnu těhotenství). Předem moc děkuji za Váš čas.

1. Kolik let Vám bylo v době porodu mrtvého miminka?

- 15–18 let
- 19–25 let
- 26–30 let
- 31–35 let
- 36–40 let
- 41 let a více

2. V jakém týdnu těhotenství se zesnulé miminko narodilo?

- 21. - 23. týden těhotenství
- 24. - 27. týden těhotenství
- 28. - 31. týden těhotenství
- 32. - 37. týden těhotenství
- Po dokončeném 37. týdnu těhotenství

3. Prošla jste si před porodem zesnulého miminka předchozím těhotenstvím?

- Ano
- Ne

4. Máte zkušenost s jinou ztrátou dítěte v těhotenství před porodem mrtvého miminka?

- Ano, s potratem
- Ano, s porodem mrtvého miminka
- Ano s umělým ukončením těhotenství
- Ne
- Jiné

5. Měla jste během porodu mrtvého miminka s sebou doprovod? Případně koho?

- Ano, partnera nebo rodinu
- Ne, neměla jsem možnost
- Ne, chtěla jsem být sama
- Ano, předem domluvenou porodní asistentku nebo dudu
- Ano, kamarádku, či jiného blízkého člověka mimo rodinu

6. Jak zpětně nahlížíte na své rozhodnutí ohledně doprovodu k porodu?

- Doprovod jsem měla a jsem za to ráda
- Doprovod jsem měla, ale raději bych měla doprovod jiný
- Doprovod jsem měla, ale raději bych to prožila sama
- Doprovod jsem neměla a jsem za to ráda
- Doprovod jsem neměla, ale raději bych ho měla

7. Viděla a chovala jste si po porodu své zesnulé dítě?

- Chovala jsem ho
- Jen jsem ho viděla
- Neviděla jsem ho

8. Měla jste čas se s miminkem po porodu rozloučit?

- Ano, měla jsem dostatek času
- Ano, ale času bych potřebovala více
- Ne, nebylo mi to umožněno
- Ne, nechtěla jsem

9. Kolik času jste po porodu s miminkem strávila?

- Minuty
- Hodiny
- Dny
- Žádný čas jsem s ním nestrávila

10. Odesla jste si z porodu jakýkoliv upomínkový předmět na své miminko?

- Ano
- Ne

11. Kdo Vám případně navrhl ponechání si upomínkového předmětu?

- Personál nemocnice
- Já sama nebo doprovod
- Nikdo
-

12. Vyberte, jaké upomínkové předměty na miminko jste si ponechala.

- Otisky nožiček nebo ručiček
- Fotografie
- Hračka pro miminko
- Identifikační náramek
- Album nebo vzpomínková knížka
- Pramínek vlasů
- Žádné

13. Pokud jste si na miminko udělala upomínkový předmět, jak na to momentálně nahlížíte.

- Pozitivní, ale chtěla bych jich mít víc
- Pozitivní, mám jich dost
- Negativní
- Jiné

14. Pokud jste si na miminko neudělala upomínkový předmět, jaký na to máte momentálně názor?

- Negativní, ráda bych nějaký měla
- Pozitivní, jsem ráda, že žádné nemám
- Jiné

15. Využila jste možnosti pohřbu?

- Ano
- Ne, věděla, ale nevyužila jsem
- Ne, nevěděla, ale využila bych
- Ne, nevěděla a ani bych nevyužila
- Jiná

16. Poskytl Vám personál nemocnice dostatek informací ohledně sociální podpory po porodu mrtvého miminka? (pohřebné, peněžitá podpora po porodu, podpůrné organizace, ...)

- Ano, byla jsem spokojena
- Ano, ale personál mi neřekl vše
- Ne, byla jsem nespokojena

17. Jak jste byla spokojena s komunikací s personálem během celého vašeho porodu?

- Velmi spokojena
- Spokojena
- Spíše spokojena
- Neutrální
- Spíše nespokojena
- Nespokojena
- Velmi nespokojena

18. Je něco, co byste ráda změnila na přístupu personálu nemocnice během celého Vašeho pobytu v porodnici?

19. Je něco, co byste chtěla k tomuto dotazníku ještě doplnit?

Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta

Kateřinská 32, Praha 2

Prohlášení zájemce o nahlédnutí do závěrečné práce absolventa studijního programu uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy

Jsem si vědoma, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zpřístupněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byla jsem seznámena se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

Příjmení, jméno (hůlkovým písmem)	Číslo dokladu totožnosti vypůjčitele (např. OP, cestovní pas)	Signatura závěrečné práce	Datum	Podpis