

**Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., Praha 5**

**PERINATÁLNÍ ÚMRTÍ Z POHLEDU PORODNÍ  
ASISTENTKY**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**JULIE SEDLÁKOVÁ**

**Praha 2021**

**Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., Praha 5**

**PERINATÁLNÍ ÚMRTÍ Z POHLEDU PORODNÍ  
ASISTENTKY**

Bakalářská práce

JULIE SEDLÁKOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Porodní asistentka

Vedoucí práce: PhDr. Markéta Školoudová

Praha 2021



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ

---

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Akademický rok: 2020/2021

---

**Studentka:** Julie Sedláková  
**UČO:** 5425  
**Program:** Porodní asistence  
**Obor:** Porodní asistentka  
**Téma práce:** Perinatální úmrtí z pohledu porodní asistentky  
**Téma práce anglicky:** Midwife's perception of perinatal death  
**Vedoucí práce:** PhDr. Markéta Školoudová

Souhlasím se zadáním (podpis, datum) 30.5.2021

Julie Sedláková  
studentka

doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.  
rektorka

## PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu nebo titulu neakademického.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne ..... 30.5.2021 .....



.....  
*Julie Sedláková*

## **PODĚKOVÁNÍ**

Ráda bych touto cestou poděkovala PhDr. Markétě Škouloudové za vedení této práce, za její trpělivost, laskavost, vstřícnost a cenné rady. Dále bych chtěla poděkovat všem třem porodním asistentkám, které se účastnily mého průzkumu a které mi poskytly spoustu zajímavých podnětů, a to nejen ke psaní této práce.

## ABSTRAKT

SEDLÁKOVÁ, Julie. *Perinatální úmrtí z pohledu porodní asistentky*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Markéta Školoudová. Praha. 2021. 49 s.

Tématem této bakalářské práce je Perinatální úmrtí z pohledu porodní asistentky. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části jsme se nejprve zabývali perinatální ztrátou z medicínského pohledu, jejími příčinami, diagnostikou, vedením porodu a v neposlední řadě také otázkami truchlení a rozloučení s dítětem. Druhá část teoretické části je zaměřena na prožívání a zvládání náročných situací porodními asistentkami a zdravotníky. Zabýváme se zvýšenými nároky, jaké setkání s perinatální ztrátou na zdravotníky má, metodami, které zdravotníci používají v těžkých situacích, dále hovoříme o vlivu vzdělávání na poskytování péče při perinatální ztrátě, a nakonec uvádíme metody, které mohou zdravotníkům pomoci při zvládání náročných situací v zaměstnání. V praktické části jsme zpracovali rozhovor se třemi porodními asistentkami, které hovoří o jejich způsobu prožívání při setkání s perinatální ztrátou, a vyhledali jsme možnosti a zdroje pomoci, které jsou zdravotníkům v rámci tématu perinatální ztráty nabízeny. Výstupem z práce je informační leták s praktickými radami pro zvládání náročné situace, kterou perinatální ztráta je. Leták je určen porodním asistentkám, zdravotníkům a jiným profesím, které se s případy perinatální ztráty setkávají.

### Klíčová slova

Perinatální úmrtí. Porodní asistentka. Porod mrtvého plodu. Truchlení. Ztráta.

## ABSTRACT

SEDLÁKOVÁ, Julie. *Midwife's perception of perinatal death*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Markéta Školoudová. Prague. 2021. 49 pages.

The topic of this bachelor thesis is Midwife's perception of perinatal death. The thesis is divided into theoretical and practical part. In the theoretical part, we first dealt with perinatal loss from a medical point of view, its causes, diagnostics, childbirth and, last but not least, the issues of mourning and bidding the child farewell. The second part of the theoretical part is focused on experiencing and managing difficult situations by midwives and health professionals. We deal with the high demands that perinatal loss places on health professionals, the methods used by health professionals in difficult situations, the impact of education on provision of care in case of perinatal loss, and finally, methods that can help health professionals cope with difficult situations at work. In the practical part, we conducted an interview with three midwives who talk about their way of experiencing encounters with perinatal loss. We also looked up options and sources of help that are offered to health professionals with the topic of perinatal loss. The output of the work is a brochure with practical advice for managing the difficult situation, which perinatal loss is. The brochure is intended for midwives, nurses and other health professionals who encounter cases of perinatal loss.

### Keywords

Grief. Loss. Midwife. Perinatal death. Stillbirth.

# OBSAH

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

## SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ

<b>ÚVOD.....</b>	<b>12</b>
<b>1 PERINATÁLNÍ ÚMRTÍ.....</b>	<b>15</b>
1.1 PŘÍČINY NITRODĚLOŽNÍHO ÚMRTÍ.....	15
1.2 PŘÍČINY ČASNÉ NOVOROZENECKÉ ÚMRTNOSTI.....	16
1.3 URČENÍ PŘÍČINY ÚMRTÍ.....	16
1.4 DIAGNOSTIKA INTRAUTERINÍHO ÚMRTÍ .....	17
1.5 VEDENÍ PORODU MRTVÉHO PLODU .....	17
1.5.1 DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP U ŽENY S MRTVÝM PLODEM.....	18
1.5.2 METODY VEDENÍ PORODU MRTVÉHO PLODU.....	19
1.5.3 PREINDUKCE A INDUKCE PORODU .....	19
1.5.4 VEDENÍ PORODU.....	19
1.6 ÚMRTÍ V PŘÍPADĚ VÍCEČETNÉHO TĚHOTENTSVÍ.....	20
1.7 TRUCHLENÍ A ROZLOUČENÍ S DÍTĚTEM.....	21
<b>2 ZVLÁDÁNÍ NÁROČNÝCH SITUACÍ V PRAXI PORODNÍ ASISTENTKY ..</b>	<b>24</b>
2.1 ZVÝŠENÉ NÁROKY PÉČE PŘI PERINATÁLNÍM ÚMRTÍ NA ZDRAVOTNÍKY.....	24
2.2 MECHANISMUS ZVLÁDÁNÍ NÁROČNÝCH SITUACÍ .....	26
2.3 VZDĚLÁVÁNÍ ZDRAVOTNÍKŮ.....	29
2.4 PODPORA ZDRAVOTNÍKŮ .....	30
2.3.1 SUPERVIZE V PERINATÁLNÍ PÉČI.....	32
2.3.2 DUŠEVNÍ HYGIENA V PRAXI PORODNÍ ASISTENTKY .....	33
<b>3 POPIS PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....</b>	<b>35</b>



3.1 ANALÝZA VÝSLEDKŮ PRŮZKUMU .....	38
3.2 INTERPRETACE VLASTNÍHO PRŮZKUMU .....	47
<b>4 DISKUZE .....</b>	<b>54</b>
4.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI .....	57
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>59</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>61</b>
<b>PŘÍLOHY</b>	

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

<b>CRP</b>	C reaktivní protein
<b>CTG</b>	Kardiotokografie
<b>DIC</b>	Diseminovaná intravaskulární koagulopatie
<b>GBS</b>	Streptokoky skupiny B
<b>HELLP</b>	Hemolýza, elevace jaterních enzymů, trombocytopenie
<b>IUGR</b>	Intrauterinní růstová retardace
<b>LMWH</b>	Nízkomolekulární hepariny
<b>OGTT</b>	Orální glukózový toleranční test
<b>TORCH</b>	Toxoplazmóza, rubeola, cytomegalovirus, herpes virus
<b>WHO</b>	Světová zdravotnická organizace

(HÁJEK, ČECH, MARŠÁL a kol.,2014)

## SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ

<b>Abrupce placenty</b>	Předčasné odlučování placenty
<b>Antepartální</b>	Předporodní
<b>Antifosfolipidový syndrom</b>	Soubor příznaků spojených s přítomností autoprotilátky proti fosfolipidu kardiolipinu
<b>Asfyxie</b>	Dušení způsobené nedostatkem kyslíku
<b>Debriefing</b>	Skupinový rozbor mimořádně důležité události, analýza traumatické události
<b>Eklampsie</b>	Křečové stádium pozdní gestózy objevující se ke konci těhotenství
<b>Epidurální analgezie</b>	Druh svodné anestezie, při níž se anestetikum podává do páteřního kanálu mezi obratle a tvrdou plenu mozkovou
<b>Epiziotomie</b>	Chirurgické nastřížení hráze perinea při porodu
<b>Fetofetální transfúze dvojčat</b>	Stav, kdy mezi dvojčaty dochází k nerovnoměrné distribuci krve a rozdílným průtokům
<b>Forceps</b>	Kleště
<b>Gestóza</b>	Onemocnění vázané na těhotenství, které po jeho ukončení obvykle ustupuje.
<b>Chorioamnitida</b>	Zánět plodových obalů choria a amnia
<b>Chromozomální aberace</b>	Narušení chromozomů zjistitelné při cytogenetickém vyšetření
<b>Imunní a nonimunní hydrops</b>	Stav, kdy veškerá tkáň plodu je silně edematózní, příčinou bývá Rh-izoimunizace – imunní hydrops, jindy je více příčin, např. infekce – non-imunní hydrops
<b>Indukce</b>	Navození porodu léky

<b>Intracervikální</b>	Uvnitř hrdla děložního
<b>Intrahepatální cholestáza</b>	Městnání žluči v jaterních žlučovodech v posledním trimestru těhotenství
<b>Intrapartální</b>	Během porodu
<b>In utero</b>	V děloze
<b>Macerace</b>	Změknutí vzniklé působením tekutiny
<b>Miniheparinizace</b>	Podání nízkých dávek heparinu k prevenci poruch krevní srážlivosti
<b>Perinatální</b>	Vztahující se k době okolo narození
<b>Placenta praevia</b>	Vcestné lůžko, plodové vejce niduje v dolním děložním segmentu
<b>Preeklampsie</b>	Těhotenské onemocnění s otoky, bílkovinou v moči a vysokým krevním tlakem
<b>Preindukce</b>	Soubor metod, které vedou ke zrání děložního hrdla
<b>Profylaxe</b>	Ochrana před určitou nemocí pomocí léčebných prostředků
<b>Prostaglandiny</b>	Látky podobné hormonům, způsobují zrání děložního hrdla a vyvolávají děložní kontrakce
<b>Spasmolytika</b>	Léky podávané k potlačení spazmů hladkého svalstva
<b>Strangulace</b>	Zaškrcení, uškrcení
<b>Vakuumextrakce</b>	Druh porodnického zákroku, který využívá podtlaku k ukončení komplikovaného porodu
<b>Viabilita</b>	Životaschopnost

(HÁJEK, ČECH, MARŠÁL a kol.,2014), (Velký lékařský slovník online, 2021), (Slovník cizích slov, 2021)

## ÚVOD

V této bakalářské práci se zabýváme tématem „Perinatálního úmrtí z pohledu porodní asistentky.“ Porodní asistentky se během své praxe nesetkávají pouze jen s živě narozenými novorozenci, k jejich kompetencím patří také vedení porodu, kdy dítě v děloze již nežije. Přestože se v České republice dlouhodobě daří udržovat nízkou úroveň perinatální úmrtnosti, je potřeba, aby byly porodní asistentky a další zdravotnický personál na setkání s takovou událostí řádně připraveni. Porodní asistentka by při péči o ženu s mrtvým plodem neměla zapomínat na své praktické odborné znalosti, stejně tak by však s ženou, eventuálně rodiči, měla jednat empaticky, ohleduplně a důstojně. Při komunikaci s truchlícími rodiči je potřeba vážit slov, hovořit otevřeně a s porozuměním. Zároveň musí porodní asistentka ženu a rodinu seznámit s možnostmi následné péče o mrtvého novorozence, být jí oporou v procesu rozhodování o způsobu rozloučení s dítětem. To vše může být pro porodní asistentku velice psychicky a fyzicky náročné. Nepříliš dobré zvládnutí takovéto situace může vést ke snížení kvality péče o rodičku. Stejně tak může mít dlouhodobé vystavení stresu a setkání se zármutkem a žalem rodičů, ale i svým, neblahý vliv na kvalitu života a další profesní rozvoj porodní asistentky.

V teoretické části jsme se nejprve zabývali perinatální ztrátou z medicínského pohledu, jejími příčinami, diagnostikou, vedením porodu a otázkám truchlení a rozloučení s dítětem. Velký důraz klademe na druhou část teoretické části, která je zaměřena na prožívání a zvládání náročných situací porodními asistentkami a zdravotníky. Zabýváme se zvýšenými nároky, jaké setkání s perinatální ztrátou na zdravotníky má, mechanismy, které zdravotníci používají v těžkých situacích a dále hovoříme o vlivu vzdělávání na poskytování péče při perinatální ztrátě. Nakonec uvádíme metody, které mohou zdravotníkům pomoci při zvládání náročných situací v zaměstnání.

V praktické části jsme zpracovali rozhovor se třemi porodními asistentkami, které hovoří o svých zkušenostech, způsobu prožívání při setkání s perinatální ztrátou, metodami, které používají pro zpracování této situace a dalších tématech. Dále jsme díky internetovým zdrojům vyhledali možnosti pomoci, které jsou zdravotníkům v rámci tématu perinatální ztráty nabízeny. Výstupem této práce je informační leták, který je určený pro porodní asistentky, zdravotníky a jiné profese, které se setkávají s případy

perinatálního úmrtí. Leták obsahuje praktické rady pro zvládání náročných a stresových situací, jaké setkání s perinatální ztrátou přináší.

**Pro teoretickou část bakalářské práce byly zvoleny tyto cíle:**

**Cíl 1:** Vyhledat a nastudovat aktuální odbornou literaturu na téma perinatálního úmrtí z pohledu porodní asistentky.

**Cíl 2:** Vypracovat přehlednou práci na zvolené téma.

**Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny tyto cíle:**

**Cíl 1:** Zmapovat, jakým způsobem porodní asistentky prožívají setkání s perinatální ztrátou, zjistit, jak jsou na danou situaci připraveny a prozkoumat, zda jsou informované o možnostech profesionální pomoci a podpory, které jsou jim v rámci této problematiky nabízeny.

**Cíl 2:** Pomocí internetu vyhledat dostupné formy pomoci, které mohou zdravotníci při setkání s perinatální ztrátou využívat.

**Cíl 3:** Vypracovat informační leták s praktickými radami pro zvládání náročné a stresové situace, jakou setkání s perinatální ztrátou je.

**Vstupní literatura:**

HÁJEK, Z., E. ČECH a K. MARŠÁL a kol., 2014. Porodnictví. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4529-9.

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

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

TAKÁCS, L., D. SOBOTKOVÁ a L. ŠULOVÁ, a kol, 2015. Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5127-6.

## **Popis rešeršní strategie**

Rešerši odborné literatury ke zvolenému tématu bakalářské práce jsme si nechali zhotovit ze zadaných klíčových slov **Porodní asistentka**, **Perinatální úmrtí**, **Porod mrtvého plodu**, **Ztráta a Truchlení** ve školní knihovně Vysoké školy zdravotnické o.p.s. Publikace jsme hledali v období let 2010 až po současnost v českém a anglickém jazyce. K tématu bylo nalezeno 35 zdrojů, z toho 4 kvalifikační práce, 17 monografií a 14 článků. Další zdroje jsme našli pomocí elektronických databází Medvik a PubMed a vyhledáváním na volném internetu. Pro zpracování bakalářské práce jsme celkově použili 32 odborných zdrojů. Vyřazeny byly ty zdroje, které obsahově neodpovídaly stanoveným cílům bakalářské práce.

# 1 PERINATÁLNÍ ÚMRTÍ

Perinatální období můžeme definovat jako období od viability plodu přes období porodu a šestinedělí do sedmi dnů po narození dítěte. (RATISLAVOVÁ, 2016) Plod, který dosáhl hranice viability, je takový plod, který je schopný autonomního života nezávisle na organismu matky. (PTÁČEK, BARTŮNĚK a kol., 2011) V České republice je za hranici viability plodu považována hranice 24. týdne těhotenství. Pokud po porodu dítěte s váhou větší než 500 g není přítomna ani jedna ze známek života (akce srdeční, pulzace pupečníku, dech a volní pohyby), jedná se o mrtvě narozený plod. Pokud dojde k úmrtí živě narozeného novorozence do sedmi dnů po porodu, jde o časnou novorozeneckou úmrtí. (RATISLAVOVÁ, 2016) Je-li těhotenství kratší než 22 týdnů a plod váží méně než 500 g, případně jeho váhu nelze stanovit, považuje se ukončení těhotenství za potrat. (ÚZIS ČR, 2019)

Perinatální mortalita je počet perinatálně zemřelých na počet narozených a je uváděna v promile. Má dva hlavní komponenty – mrtvorozenost a časnou novorozeneckou úmrtí. (HÁJEK, ČECH, MARŠÁL a kol., 2014) Mrtvorozenost je definována jako počet úmrtí plodu v děloze na tisíc všech narozených. Patří sem úmrtí plodu v průběhu těhotenství (antepartální úmrtí), které bývá nejčastější, a úmrtí plodu v průběhu porodu (intrapartální úmrtí). Časná novorozenecká úmrtí označuje úmrtí novorozence v průběhu 1. týdne života. (ROZTOČIL a kol., 2017) Mrtvorozenost tvoří v České republice dvojnásobek časně novorozenecké úmrtí. Ročně se narodí kolem 300 zemřelých dětí. Novorozeneckou úmrtí se daří rok od roku snižovat, mrtvorozenost již několik let zůstává na stejné úrovni. (JEŽOVÁ, FEIT a kol., 2013) Dle Českého statistického úřadu činila v roce 2018 mrtvorozenost 3,35 ‰ a celková perinatální úmrtí 4,42 ‰. (ÚZIS ČR, 2019)

## 1.1 PŘÍČINY NITRODĚLOŽNÍHO ÚMRTÍ

K úmrtí dítěte v děloze může docházet jak u plodů s diagnostikovanou vývojovou vadou, jehož rodiče se rozhodli těhotenství dokončit, tak i ze zcela normálního těhotenství, kdy rodiče očekávají, že jejich dítě se narodí živé a zdravé. (RATISLAVOVÁ, 2016) Dle Hájka se ve 20-50 % příčina smrti plodu s jistotou neprokáže. Příčiny můžeme rozdělit na příčiny ze strany matky, příčiny ze strany plodu a placentární, event. pupečnickové příčiny. Mezi příčiny ze strany matky můžeme řadit



onemocnění a stavy jako je preeklampsie, eklampsie, HELLP syndrom, diabetes mellitus, nefropatie, hepatopatie, kardiopulmonální a kardiovaskulární choroby, antifosfolipidový syndrom, abúzus léků a drog, septikémie, šokové stavy a krvácení. Příčiny ze strany plodu zahrnují strukturální malformace, chromozomální aberace, fetofetální transfúze dvojčat, imunní a nonimunní hydrops, vrozené poruchy metabolismu a bakteriální a virové infekce. Mezi placentární a pupečnickové příčiny řadíme insuficienci placenty s IUGR, placenta praevia, abrupce placenty, hemangiomy a teratomy placenty, strangulace pupečnicku, trombóza cév, chorioamnionitida a výhřez pupečnicku. (HÁJEK, ČECH, MARŠÁL a kol., 2014) Některé příčiny vedoucí k intrauterinní smrti plodu jsou odvrátitelné (IUGR, diabetes mellitus matky, hypertenze, intrahepatální cholestáza, preeklampsie), jiné obtížně odvrátitelné (fetofetální transfúze dvojčat, nonimunní hydrops plodu, sepse) nebo neodvrátitelné (nehody, úrazy, masivní abrupce placenty, intoxikace, strangulace, závažné vývojové vady plodu). (RATISLAVOVÁ, 2016)

## **1.2 PŘÍČINY ČASNÉ NOVOROZENECKÉ ÚMRTNOSTI**

Dle WHO existují tři nejčastější příčiny úmrtí novorozence. Jedná se o infekci (36 % všech případů), nezralost novorozence (28 % všech případů) a porodní asfyxii (23 % všech případů). (WHO, 2011) Časná novorozenecká úmrtí jsou nejvíce spojována s komplikacemi během těhotenství a porodu, předtermínovým porodem a malformacemi plodu. (SYMONDS, ARULKUMARAN, 2013)

## **1.3 URČENÍ PŘÍČINY ÚMRTÍ**

Vyšetření, která se po porodu mrtvého plodu provádí, mohou pomoci s diagnostikou příčiny úmrtí plodu. Patří k nim stanovení hmotnosti a délky plodu, stanovení hmotnosti placenty, vyfotografování jakýchkoli abnormalit plodu a placenty, cytogenetické vyšetření a pitva plodu. (ČGPS ČLS JEP, 2019) Pečlivé prohlédnutí porozeného dítěte a placenty pediatrem může ukázat na příčinu úmrtí. Plod a placenta se však vždy odesílají k patologicko-anatomické pitvě. Soudní pitvu lze vyžádat, pokud existuje podezření na úmrtí v souvislosti s diagnostickým výkonem, zanedbáním porodnickým personálem nebo úmyslným zaviněním ze strany matky. (HÁJEK, ČECH, MARŠÁL a kol., 2014) Z hlediska matky vyšetřujeme krevní obraz, CRP, biochemii, včetně jaterních testů, koagulační faktory, trombofilní onemocnění, nepravidelné antierytrocytární protilátky, parvovirus, syfilis, parametry štítné žlázy, žlučové kyseliny, OGTT, toxikologii, antinukleární protilátky a TORCH infekce. Pokud je příčina úmrtí

zjevná, jedná se například o strangulaci pupečníku, není nutné všechna výše zmiňovaná vyšetření provádět. (ČGPS ČLS JEP, 2019) Dle Hájka však příčina úmrtí plodu bývá ve 20-50 % neprokázána. (HÁJEK, ČECH, MARŠÁL a kol., 2014)

#### **1.4 DIAGNOSTIKA INTRAUTERINÍHO ÚMRTÍ**

Jako subjektivní příznaky těhotné ženy, ukazující na možnost úmrtí plodu uvnitř dělohy, jsou uváděny ochablost napětí prsů, únava, subfebrilie a změna frekvence, intenzity nebo úplné vymizení pohybů plodu. Dále pak výtok, krvácení i děložní činnost. (HÁJEK, ČECH, MARŠÁL a kol., 2014)

Objektivní diagnózu stanovujeme na základě nepřítomnosti ozev plodu, a to při vyšetření stetoskopem, dopplerovskou sondou nebo při monitoraci kardiokografem. (HÁJEK, ČECH, MARŠÁL a kol., 2014) Metody poslechu fetálních ozev pomocí stetoskopu, fetálního doppleru či kardiokografu jsou však pro diagnostiku nedostatečně přesné. Případová kontrolní studie ukazuje, že v 70 případech pozdního těhotenství, kdy byly fetální ozvy poslechem neslyšitelné, bylo u 22 z nich nalezen vitální plod. Poslech ozev může být spojován také s falešnými nadějemi, kdy je mateřský krevní průtok krve zaměněn s fetálním tepovou frekvencí. (SIASSAKOS et al., 2010) Za nejdůležitější ukazatel je považováno ultrazvukové vyšetření, díky kterému lze prokázat asystolii a dilataci srdce. Pokud se mrtvý plod nachází v děloze dříve než sedm dní, můžeme ultrazvukem pozorovat střechovité překrývání lebních kostí, tzv. Spaldingovo znamení. (HÁJEK, ČECH, MARŠÁL a kol., 2014) Dalšími sekundárními projevy intrauterinního úmrtí plodu může být viditelný hydrops plodu, macerace a velký kožní otok. (SIASSAKOS et al., 2010)

#### **1.5 VEDENÍ PORODU MRTVÉHO PLODU**

Vedení porodu mrtvého plodu se v České republice řídí Doporučeným postupem České gynekologické a porodnické společnosti České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně z roku 2019. (ČGPS ČLS JEP, 2019) Při zjištění úmrtí plodu uvnitř dělohy, musí být těhotná žena okamžitě odeslána k hospitalizaci na gynekogicko-porodnické oddělení. (HÁJEK, ČECH, MARŠÁL a kol., 2014) Pokud je současně ohroženo zdraví matky, a to zejména sepsí, abrupcí placenty, preeklampií, HELLP syndromem nebo DIC, jsou podnikány kroky k okamžitému ukončení těhotenství. (ČGPS ČLS JEP, 2019) O úmrtí plodu informuje matku, otce nebo nejbližší příbuzné lékař. (HÁJEK, ČECH, MARŠÁL a kol., 2014) O pacientku dále pečuje tým

lékařů a porodních asistentek. Důležité je jednotné a pečlivé předávání informací pacientce, spolupráce a otevřenost. Součástí týmu bývá i pediatr, který při ohledávání dítěte po porodu může pomoci určit příčinu úmrtí. Žena, o kterou zdravotníci pečují, je ve většině případů po sdělení diagnózy a následné hospitalizaci v šoku, personál tedy musí zachovat citlivý a otevřený přístup. Šok spojený s prožitím traumatické situace může trvat až 36 hodin, je potřeba, aby byli zdravotníci schopni takové situaci přizpůsobit chování a komunikaci. (RATISLAVOVÁ, 2016) Pro sdělení diagnózy je nezbytné zajistit intimní atmosféru a soukromí. Porodnický tým by měl vyjádřit svou lítost nad situací a chovat se k ženě citlivě a empaticky. Pacientku je vždy potřeba informovat o následujícím postupu a dát jí dostatek času na zpracování celé situace. Je žádoucí, aby pacientka měla u porodu doprovod blízké osoby. (ROZTOČIL a kol., 2017) Pokud není možné, aby o ženu pečovala po celou dobu stejná porodní asistentka, je nutné, aby ta, které končí službu, předala nové službě veškeré informace ohledně ženy a porodu a následně představila střídající porodní asistentku ženě. Pro matku je tím zajištěna lepší kontinuita péče a určitý pocit jistoty a bezpečí. (ŠPAŇHELOVÁ, 2015)

### **1.5.1 DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP U ŽENY S MRTVÝM PLODEM**

Po přijetí pacientky na porodní sál jsou doporučena následující vyšetření: měření fyziologických funkcí, zevní a vnitřní porodnické vyšetření, ultrazvukové vyšetření, laboratorní odběry jako jsou krevní obraz, koagulační faktory, základní biochemická vyšetření, CRP, krevní skupina matky s protilátkami anti-D, anti-C a anti-Kelly a vyšetření moči. Pokud jsou tato vyšetření indikována genetikem, např. pro zjištění karyotypu plodu, může být provedeno taktéž vyšetření plodové vody nebo RTG snímání plodu in utero. (HÁJEK, ČECH, MARŠÁL a kol., 2014)

Jako prevenci před vznikem DIC je těhotné ženě podáván nízkomolekulární heparin na základě její hmotnosti, tedy 0,2-0,4 ml LMWH za 24 hodin, či může být dávka zvýšena na základě výsledků hemokoagulačního vyšetření a podávána po 12 hodinách. (HÁJEK, ČECH, MARŠÁL a kol., 2014)

Profylaxe antibiotiky je v tomto případě vhodná nejen u GBS pozitivních pacientek. Podávána jsou širokospektrá antibiotika intravenózně. (PROCHÁZKA, MĚCHUROVÁ, ČEPICKÝ, CALDA, 2014)

### **1.5.2 METODY VEDENÍ PORODU MRTVÉHO PLODU**

Preferovanou metodou vedení porodu mrtvého plodu je porod vaginální. Ve zcela výjimečných případech mohou být použity vaginální extrakční metody jako je vakuumextrakce či forceps nebo zmenšovací operace. U polohy plodu koncem pánevním bývá taktéž preferován vaginální porod. Pokud je žena ohrožena na životě, existuje absolutní kontraindikace k vaginálnímu porodu nebo nelze plod všemi dostupnými porodnickými metodami vaginálně porodit, je metodou porodu zvolen císařský řez. (ČGPS ČLS JEP, 2019)

### **1.5.3 PREINDUKCE A INDUKCE PORODU**

Porod indukujeme v momentě, kdy byla pacientce podána profylaktická léčba antibiotiky a miniheparinizace a nehrozí jí bezprostřední ohrožení na životě. Preindukce prostaglandiny u gestačně starších těhotenství je vyvolávána pomocí prostaglandinového gelu (Prepidil 0,5 mg), nebo vaginálních tablet (Prostin 0,5-3 mg) po 6 až 8 hodinách, případně vaginální pesar (Propess 10 mg). (HÁJEK, ČECH, MARŠÁL a kol., 2014) Pokud je děložní hrdlo pacientky nezralé a nepřipravené, můžeme k jeho dilataci použít intracervikálních dilatátorů (Dilapan) či Folleyova katetru. (PROCHÁZKA, MĚCHUROVÁ, ČEPICKÝ, CALDA, 2014) Po dirupci vaku blan je pro indukci porodu používána infuze s 2 – 4j. oxytocinu. (HÁJEK, ČECH, MARŠÁL a kol., 2014)

### **1.5.4 VEDENÍ PORODU**

Po začátku pravidelných děložních stahů je doporučována aplikace epidurální analgezie, spasmolytika, případně menší dávky opiátů. (HÁJEK, ČECH, MARŠÁL a kol., 2014) Vedlejší účinky léků jsou u porodu mrtvého plodu zohledňovány pouze ze strany rodičí ženy, nikoli ze strany plodu. Časná epidurální analgezie a tišení bolesti pomáhá snižovat vyplavování stresových hormonů a pomáhá rodičce se s celou situací lépe vypořádat. Ženy odmítající farmakologické metody tišení bolesti mohou využívat nefarmakologické metody jako je pohyb, masáže, teplé obklady, sprcha, pohyb na míči apod., které jsou využívány u normálního fyziologického porodu. Postoje žen k prožívání porodních bolestí se však různí. Některé ženy souhlasí s tišením bolesti, jiné ji při porodu mrtvého dítěte vnímají jako smysluplnou, kdy jim fyzická bolest může sloužit k ventilaci bolesti psychické. (RATISLAVOVÁ, 2016)

Porod je veden bez epiziotomie, obzvláště pokud je hlavička dítěte zborcena. Indikace ke zmenšovací operaci z důvodu odumření plodu nebývá vhodná. (HÁJEK, ČECH, MARŠÁL a kol., 2014)

## 1.6 ÚMRTÍ V PŘÍPADĚ VÍCEČETNÉHO TĚHOTENSTVÍ

O vícečetném těhotenství hovoříme tehdy, pokud se v děloze vyvíjí dva nebo více plodů. Tato situace si v porovnání s jednočetným těhotenství vytváří větší nároky pro organismus těhotné a často bývá spojena s řadou komplikací v průběhu těhotenství a porodu. Vícečetné těhotenství představuje vyšší riziko perinatální mortality a morbidity. Rozdělením zygoty, vzniklé splynutím jednoho oocyty a jedné spermie na dva základy, vznikají monozygotní dvojčata. Oplozením dvou oocytů dvěma spermii vznikají dizygotní dvojčata, jejichž výskyt je častější. Monozygotní dvojčata můžeme dále rozdělovat na gemini bichoriati, kdy má každý plod svou vlastní placentu a plodové obaly. Dvojčata, která mají společný chorion i amnion nazýváme gemini monochoriati monoamniati. Tento druh dvojčat není častý, ale představuje velice rizikovou skupinu, kde je pravděpodobnost přežití obou plodů menší než 50 %. Dvojčata, která mají společnou placentu ale dvě amniotické dutiny, nazýváme gemini monochoriati biamniati. Tato skupina bývá nejčastější. U monozygotních dvojčat existuje riziko propojení krevních oběhů a vzniku syndromu fetu-fetální krevní transfúze. V takovém případě plod, který je receptor, obvykle trpí hypervolemií spojenou s edémy a polyhydramniem a plod, který je donor, trpí hypovolemií, anémií, malnutricí a dehydratací. Způsobem léčby tohoto stavu je laserová koagulace těchto spojení, převážně v nízkém týdnu těhotenství. (HÁJEK, ČECH, MARŠÁL a kol., 2014)

Vícečetná gravidita skýtá zvýšení rizik během těhotenství také pro matku. U vícečetného těhotenství se častěji vyskytují ranné gestózy, může častěji docházet k potratům, ženy mohou více trpět anémií a hypertenzí. Preeklampsie zde také bývá častější. Po porodu se v důsledku většího roztažení dělohy častěji objevuje poporodní krvácení. U plodu může v raném stádiu těhotenství docházet k syndromu mizejícího dvojčete, kdy se těhotenství následně vyvíjí jako jednočetné. Pokud dojde k pozdějšímu zániku jednoho z plodů, obvykle to přináší řadu problémů jako např. vaginální krvácení, Rh sensibilizaci, interferenci metod prenatální diagnostiky apod. Zánik jednoho z plodů je vždy rizikovější v případě monochoriálních dvojčat – v takovém případě jsou ztráty až pětikrát vyšší než u dvojčat bichoriálních. Monochoriální dvojčata mají dále třikrát až

čtyřikrát vyšší riziko perinatálního úmrtí a dvakrát vyšší riziko předčasného porodu. Dalším významným problémem je rozvoj asymetrického intrauterinního vývoje plodů, ke kterému dochází z důvodů souvisejících s placentární funkcí, vrozené vývojové vady nebo infekcí. Nejvýznamnějším rizikem vícečetné gravidity je však vysoké riziko předčasného porodu, který vede ke zvýšení perinatální úmrtnosti a morbidity. (HÁJEK, ČECH, MARŠÁL a kol., 2014)

Při úmrtí jednoho z plodů vícečetného těhotenství je postup individuální. U monozygotních dvojčat je nutné přistoupit k primárnímu císařskému řezu na živý plod, jelikož riziko úmrtí živého plodu je větší než 50 %. U dvojvaječných dvojčat je při pečlivém sledování hemokoagulačních faktorů, ultrazvukovém sledování růstu průtoků pupečnickem plodu a pravidelném kardiokografickém vyšetření živého plodu možné zvolit konzervativní přístup. Při prvních známkách ohrožení plodu nebo opoždění růstu je nutné těhotenství ukončit císařským řezem. (HÁJEK, ČECH, MARŠÁL a kol., 2014)

## **1.7 TRUCHLENÍ A ROZLOUČENÍ S DÍTĚTEM**

Ztráta dítěte bývá považována za jednu z nejnáročnějších životních situací. Čím je žena v pokročilejším stadiu těhotenství, tím hůře se s ní rodina dítěte vyrovnává. Smutek matky i otce dítěte může být velice intenzivní. Často se pak u obou spouští obranné mechanismy, jako je např. disociace, při které dochází k odtržení myšlenek a pocitů spojených s traumatem. V souvislosti s disociací se následně mohou vytrácet přirozené psychické reakce. Rodiče mrtvého dítěte pak mohou působit zcela bezemočně, jako by jim byla celá situace lhostejná, mohou se zcela uzavřít a nekomunikovat, mohou se bez zájmu, dotazů a komentářů všemu podřizovat, nebo naopak se zaměřovat na někdy až bizarní detaily. Jako následek intenzivního stresu se u obou rodičů může objevit zmatenost, zhoršená schopnost komunikace a rozhodování, dále také vztek, úzkost, impulzivita, útekové chování, záchvaty pláče a panické reakce. Je nezbytné, aby zdravotničtí pracovníci měli pro tyto reakce pochopení a dokázali rodičům projevat respekt. Nevhodný přístup personálu k truchlícímu páru může mít za následek zhoršení, prohloubení a prodloužení reakcí rodičů na akutní stres. (TAKÁCS, SOBOTKOVÁ, ŠULOVA a kol., 2015) Jednou z nejdůležitějších součástí kvalitní zdravotnické péče je právě psychická podpora rodičky. Ženy, jejichž dítě zemřelo během hospitalizace, se mohou zlobit a vinit zdravotnický personál z pochybení. Žena se izoluje a ztrácí důvěru.

Pro zdravotníky bývá v takové situaci navázání nového důvěrného vztahu velice obtížné a je potřeba silných komunikačních dovedností. (RATISLAVOVÁ, 2016)

Orel uvádí: „*Truchlení a fáze, ve kterých většinou probíhá, je potřeba považovat za přirozený proces, který napomáhá nalézt novou psychickou stabilitu a integraci, je cestou k přijetí trvalého a nezměnitelného. Truchlením se odpoutáváme od minulosti (třeba od člověka, kterého jsme ztratili) a otevíráme se další etapě svého vlastního života.*“ (OREL a kol., 2016, s 84) Na zahájení procesu truchlení rodičů, kteří utrpěli ztrátu dítěte, má podstatný vliv, zda bylo k dítěti navázáno blízké pouto a jakým způsobem. Pokud rodiče nemohou vlastní dítě vidět, dotýkat se ho, pečovat o ně a rozhodovat o něm, může být pro ně velice obtížné se s dítětem rozloučit a proces truchlení může být narušen. (TAKÁCS, SOBOTKOVÁ, ŠULOVÁ a kol., 2015) Proces prožívání žalu není jednoduchý. Úspěšnost procesu truchlení je závislá na životních zkušenostech a osobnosti člověka, stejně tak může mít veliký vliv efektivní podpůrná síla, kterou má jedinec kolem sebe. Takovou oporou může být pro rodiče, které si procházejí perinatální ztrátou, odborná psychologická pomoc a poradenství. (RATISLAVOVÁ, 2016)

Rodiče by měli obdržet informace o možnostech rozloučení se s dítětem, a to jak ústně, tak písemně, např. prostřednictvím letáku Prázdná kolébka. Porodní asistentka by měla vyslyšet přání rodičů, týkajících se rozloučení s dítětem. Je potřeba zeptat se rodičů na jméno dítěte a, pokud si to budou přát, používat ho. Důležitým aspektem rozloučení s mrtvým dítětem je také otázka, zda ho rodiče po porodu budou chtít vidět, nebo ne. Někteří rodiče své dítě vidět nechtějí, a tohoto rozhodnutí mohou postupem času litovat. (ROZTOČIL a kol., 2017) Rozloučení s dítětem může pro rodiče znamenat konečné uzavření života s dítětem. Rodiče obvykle cítí, že mohou dítěti říct vše o tom, jak se na něj těšili a připravovali a cokoli, co mu potřebují říct. Rodiče by měli mít prostor říct to, co mají na srdci a co cítí, pokud mají takovou potřebu. (ŠPAŇHELOVÁ, 2015) Dítě se může po porodu vyfotografovat, také je možné udělat otisk ručičky nebo nožičky, nebo odstříhnout kousek vlásků. Personál porodnice by měl rodiče ve vytváření upomínek na své dítě podporovat. Rodiče mohou, pokud si to přejí, ve spolupráci s porodní asistentkou dítě umýt a obléct do vlastního oblečení. Rodičům, kteří chtějí s dítětem strávit nějaký čas, aby se mohli rozloučit, je potřeba poskytnout dostatek času, prostoru a intimního prostředí. Pokud si to rodina přeje, je možné, aby se s dítětem přišli rozloučit i další

příbuzní, včetně sourozenců. Je také vhodné nabídnout služby duchovního nebo jinou odbornou psychologickou pomoc. (ROZTOČIL a kol., 2017)

Pokud dojde k úmrtí jednoho nebo více plodů z vícečetného těhotenství, obzvláště během druhého a třetího trimestru, kdy se živé dvojče dál zdravě vyvíjí, mohou rodiče pociťovat rozporuplné pocity. Mohou cítit zoufalství, že je zemřelé dítě v děloze s živým sourozencem, nebo mohou naopak pociťovat štěstí, že jsou obě děti spolu. Ženy se mohou cítit provinile, pokud jsou šťastné z jejich živého a zdravého dítěte, nebo jim smutek nad zemřelým dítětem může bránit radosti z přeživšího dítěte. Ztráta jednoho dítěte z vícečetného těhotenství je pro rodiče velice náročnou situací, jelikož je obtížné radovat se z narozeného dítěte a zároveň truchlit za dítě, které zemřelo. Zdravotníci by si měli tuto rozpolcenost rodičů uvědomovat a zármutek nad ztrátou jednoho z dvojčat by neměli přehlížet či bagatelizovat. (RATISLAVOVÁ, 2016)



## **2 ZVLÁDÁNÍ NÁROČNÝCH SITUACÍ V PRAXI PORODNÍ ASISTENTKY**

Při práci ve zdravotnictví se zaměstnanci často setkávají s řadou náročných situací. K nutnosti vykonávat svou práci odborně a bezchybně se přidávají i různé druhy emocionálních stresů. Aby byli zdravotníci schopni vykonávat práci, která je vystavuje těžkým emocím, je potřeba aby se uměli postarat o svou duševní rovnováhu. Mezi sestrou či porodní asistentkou a její pacientkou vzniká pracovně přátelský vztah, v takovém případě bývá pro porodní asistentky těžké nenechat na sebe působit emoce, které pacientka prožívá, jako jsou např. strach, beznaděj, pocity vyčerpání a vzteku. (VENGLÁŘOVÁ a kol., 2013) Zatímco se zdravotníci snaží nabízet rodičům podporující péči vysoké kvality, poskytování této péče může být náročné a emocionálně vyčerpávající. (SCHOTT, HENLEY, KOHNER, HUNTER, 2016). Komunikace s rodiči, kteří přišli o své dítě, bývá pro zdravotníky velice náročná a v takové situaci může být těžké udržet si vnitřní rovnováhu mezi účastí a distancí. (TAKÁCS, SOBOTKOVÁ, ŠULOVÁ a kol., 2015)

Zdravotní rady a vedoucí pracovníci pracující ve zdravotnictví by měli svým zaměstnancům zajišťovat dobrá opatření pro podporu v náročných situacích a školení. Je také důležité, aby si zaměstnanci uvědomovali, že mají profesní zodpovědnost vyhledat podporu či školení, pokud mají pocit, že to potřebují. (SCHOTT, HENLEY, KOHNER, HUNTER, 2016) Trénink a školení v péči o rodiče procházející perinatální ztrátou může zaměstnancům pomoci získat lepší sebevědomí v poskytování péče, což může pomoci s redukcí stresu, zlepšení, pocitu duševní pohody a prevencí syndromu vyhoření. (KENTWORTHY, KIRKHAM, 2011)

### **2.1 ZVÝŠENÉ NÁROKY PÉČE PŘI PERINATÁLNÍM ÚMRTÍ NA ZDRAVOTNÍKY**

Pro zdravotníky je setkání s perinatální ztrátou velice náročné. Do práce přicházejí se svými vlastními problémy, kterými právě procházejí a s emocemi, které prožívají, přicházejí k ženě, která rodí mrtvé dítě. Je potřeba, aby si zachovali svou profesionalitu, zároveň však projevíli zcela odlišnou sounáležitost a pozornost k této ženě. (ŠPAŇHELOVÁ, 2015) Při zvažování podpory zaměstnanců je důležité vzít v úvahu mnoho důvodů, kvůli kterým může být péče a podpora rodičů, jejichž dítě zemřelo,

stresující a náročná. Jedním z nich může být například způsob, jakým jednotliví rodiče prožívají ztrátu a smutek. To bývá zpravidla velice osobní a nepředvídatelné. Pečující zdravotníci tedy musí pracovat s velkou nejistotou. (SCHOTT, HENLEY, KOHNER, HUNTER, 2016)

Personál může pociťovat strach a rozpaky při komunikaci s rodinou. Neví, jak jim ulevit, cítí, že cokoli udělají nebo vysloví, jim dítě zpátky nevrátí. (ŠPAŇHELOVÁ, 2015) Všichni zdravotníci, kteří poskytují podporu a péči pro pozůstalé rodiče, by si měli uvědomit, že to, co říkají a dělají může ovlivnit pozůstalé rodiče po zbytek jejich života. (DOWNE, SCHMIDT, KINGDON et al., 2013) Vědomí toho může v mnohých vyvolávat úzkost, aby neřekli něco, co by nebylo vhodné a vyvolali tím tak další utrpení. (SCHOTT, HENLEY, KOHNER, HUNTER, 2016)

Pro některé zdravotníky může být obtížné zaujímat méně aktivní roli, naslouchat a dát rodičům potřebný čas. Je zde potřeba velké trpělivosti, sebeuvědomění a sebeovládání s cílem nabídnout rodičům různé možnosti a podpořit je v rozhodování. (SCHOTT, HENLEY, KOHNER, HUNTER, 2016)

Zdravotníci se musí vypořádat se svými vlastními emocionálními reakcemi, a to často bez přijetí a podpory. Některým může být připomenuta jejich vlastní bolestivá zkušenost a může být pro ně velice těžké situaci zvládnout. Porodní asistentky, které si vytvořili s rodinou blízký vztah, mohou pociťovat při úmrtí dítěte velký žal. Nicméně, blízký vztah s rodiči může být pro zdravotníky také přínosným při zvládnání vlastních pocitů. (KENTWORTHY, KIRKHAM, 2011) V případě, že někdo z personálu, nejčastěji porodní asistentka nebo lékařka, zažil podobnou situaci jako právě rodičící žena, je vhodné, aby ženu k porodu doprovázela porodní asistentka, které tuto bolestivou zkušenost nemá. Pro porodní asistentku, která tuto situaci sama zažila, můžou být její mnohdy nezahojené rány, v reakci na setkání s rodičkou procházející si podobným, mnohem bolestivější a náročnější. Porod rodičky by v takovém případě mohl být náročnější a mezi oběma ženami by mohlo dojít k přenosu. (ŠPAŇHELOVÁ, 2015)

Vzhledem k tomu, že novorozenecká úmrtnost navíc bývá jedním z hlavních ukazatelů kvality perinatální péče, mohou se zdravotníci často zabývat otázkou, zda nebylo možné situaci zabránit. (TAKÁCS, SOBOTKOVÁ, ŠULOVÁ a kol., 2015) V takovém případě se mohou potýkat s pocity selhání, vinou, bezmocí a zlostí nad ztrátou dítěte. (ŠPAŇHELOVÁ, 2015)

Špaňhelová také uvádí, že pro personál může setkání s úmrtím dítěte vyvolat konfrontaci s vlastní konečností, případně strachem ze smrti. Mohou se objevit pocity strachu o své vlastní děti, strach z jejich smrti, nebo smrti jejich dětí. (ŠPAŇHELOVÁ, 2015) Dle Yaloma je strach ze smrti všudypřítomný a velký, a člověk tedy vynakládá značnou část své energie na to, aby ji popíral. Popření je velice silnou obranou člověka. (YALOM, 2020)

V neposlední řadě může být péče o rodiče pro některé zdravotníky i etickým problémem. Někteří mohou například nesouhlasit s ukončením těhotenství z důvodu anomálie plodu, nebo pro ně může být obtížné poskytovat aktivní péči o dítě, pokud nemají pocit, že je to v jeho nejlepším zájmu. (SCHOTT, HENLEY, KOHNER, HUNTER, 2016)

## **2.2 MECHANISMUS ZVLÁDÁNÍ NÁROČNÝCH SITUACÍ**

Dle kvalitativní studie s 19 účastníky je společným znakem zdravotníků, kteří se setkají s perinatální ztrátou, zaměřit se na fyzickou péči a vyhýbat se emocionálním aspektům péče ve snaze snížit svou vlastní úzkost. Proto při prožívání těchto náročných situací do praxe zavádějí různé mechanismy, postoje a chování, jejichž výsledkem je, že často nejsou jejich činy zcela správné, udržují si od pacientů odstup, působí chladně a mohou popírat závažnost ztráty, a to převážně v případě ranného těhotenství. Zdravotníci si v takovém případě často neuvědomují, že neadekvátní profesionální přístup může ovlivnit správný vývoj truchlení rodičů a znemožnit navázání empatického vztahu. (PASTOR MONTERO et al., 2011)

V krizových situacích jsou často využívány vědomé či nevědomé vyrovnávací (coping) strategie, které mohou být adaptivní i neadaptivní. Jedná se o přirozené formy chování, které pomáhají s přizpůsobením se na životní nároky. K vrozeným vyrovnávacím strategiím, které jsou vývojově staré a společné lidem i zvířatům, řadíme reakce typu útok, útek a ztuhnutí. Tyto instinktivní mechanismy přichází obvykle na řadu při velmi těžkém stresu, kdy dochází k potlačení vyšších a zralejších vrstev osobnosti. (VODÁČKOVÁ a kol., 2012) Mezi lidmi existují v oblasti zvládání těžkých situací velké rozdíly, které vycházejí z osobnosti jedince a různých naučených způsobů a metod. Problematické neboli maladaptivní způsoby zvládání zátěžových situací obvykle nevedou k reálnému a cílenému řešení. Jde o obranné mechanismy, které pomáhají přetvářet informace tak, aby se daly lépe snést. Nemění nic na vzniklé situaci, pouze

upravují, jakým způsobem ji vnímáme. Jejich používání si jedinec obvykle neuvědomuje. Jedná se o běžné metody, které nebývají nebezpečné. Mohou se však nebezpečnými stát, pokud se některý z těchto mechanismů stane dominujícím při řešení problémů. Mezi tyto mechanismy patří např. potlačení či popření, kdy na stresor vědomě nemyslíme, zavíráme před ním oči, děláme, že neexistuje nebo ho bagatelizujeme. Racionalizace daného problému je další coping strategie. Jedinec se obvykle snaží své nepříjemné činy či situaci dodatečně vysvětlit či omluvit. Mezi další obranné mechanismy řadíme únik, kdy jedinec může fyzicky utéct z nepříjemné situace, např. z nemocnice, nebo v přeneseném slova smyslu utíká do nemoci, k alkoholismu apod. K těmto mechanismům patří také agrese, a to v mnoha podobách, od fyzického násilí, slovní agrese, používání ironie až k autoagresi, jakou je např. sebepoškozování. V neposlední řadě je to také mechanismus projekce, kdy jedinec přisuzuje své chyby, problémy, strach nebo vinu druhým lidem. (MIKOTOVÁ, 2016)

Jedním z forem nouzového řešení těžké situace je charakterová obrana zdravotníka. Charakterovou obranou se nazývá systém prožívání a jednání v konkrétní situaci, který je založen na vytěsňování prožitků a pocitů mimo vědomí. Takováto forma obrany způsobuje, že zdravotník se chová takovým způsobem, aby zakázané nebo neúnosné emoce vůbec nepocítil. Vybočit z této formy obrany není možné. Obvykle nastupují nepříjemné pocity jako je úzkost, stud, deprese a pocit prázdnoty, které nutí k návratu k charakteristickému chování. Tato životní strategie obvykle nebývá považována za druh poruchy, spíše ji přijímáme za součást své povahy a individuálního svérázu. Takto bývá obvykle vnímána i okolím. Charakterové obrany se propojují do jednoho celku, takový provázaný systém charakterových obran se nazývá charakter. Ten je popsán jako rysy, které vznikly na základě vlastní ochrany a přizpůsobení se kritické situaci. V tomto smyslu, charakter chrání před negativními prožitky a pomáhá s lepší adaptací na prostředí. Člověk si vytváří ulitu, která ho chrání, ale také omezuje. (KOPŘIVA, 2011)

Jako dalším mechanismem úniku z nepříjemné situace je výraz „přeskočené zpracování“. To obvykle představuje reakci, díky které obejdeme nebo potlačíme skutečný pocit pomocí zaběhlého vzorce chování, který zdánlivě přináší úlevu. Tím může být například konzumace alkoholu, sport, práce či relaxace. Tento mechanismus často dává základy vzniku závislostí všeho druhu. (KOPŘIVA, 2011)

Kopřiva též uvádí, že mnoho lidí má tendenci vyhýbat se těžkým pocitům, a to z několik důvodů. Jako první z nich je uveden fakt, že být přítomný „s problémem“ odporuje trendu podporovat a oceňovat pouze příjemné věci. Dobré je to, co je sladké a lidé mají tendenci odmítat to, co je hořké a těžko stravitelné. Život každého člověka je také bolestný a této skutečnosti se nelze vyhnout. Jako další důvod je uvedena obava z tendence ke špatnému jednání. Pokud člověk cítí strach nebo zlost, může se bát s těmito pocity pobývat, aby se v budoucnu nestal zbabělcem či agresorem. To by opravdu mohlo nastat, pokud daný jedinec daný problém odmítá, není „s ním“. V neposlední řadě je jako důležitý důvod uveden strach, že malý nepříjemný pocit nás dovede k emocím, které nemůžeme unést a vyvolá tak velkou bolest, úzkostnou paniku atd. (KOPŘIVA, 2011)

Mezi adaptabilní neboli zdravé a funkční strategie řadí Mikotová ventilaci emocí. Pojmenováním, vyslovením nebo napsáním toho, co jedinec cítí, může svůj stres snížit. Dochází ke katarzi neboli psychickému očištění od daného negativního zážitku nebo pocitu. (MIKOTOVÁ, 2016) Dalšími efektivními vyrovnávacími strategiemi jsou schopnost sdílet a sdělovat, dobrý kontakt s tělem, kontakt s vlastními potřebami, vědomí vlastních hranic, orientace v situaci, schopnost využití vlastních starších zkušeností a zkušeností blízkých lidí, a schopnost využít potenciálu komunity. V neposlední řadě sem řadíme i víru a naději. (VODÁČKOVÁ a kol., 2012)

Sdílet a sdělovat druhým to, co právě prožíváme, stejně jako být s druhými, pokud něco prožívají oni, je užitečná dovednost, která může být obohacující pro obě strany. Pro někoho to však může být náročné, jelikož je v takové situaci potřeba zbavit se studu a sebeodhalit se. (VODÁČKOVÁ a kol., 2012)

Stres může způsobovat, že ztratíme kontakt se svým tělem a nevnímáme jeho prožitky a potřeby. Tělo nám však může poskytovat signál, že se něco děje dříve, než to vědomě pocítíme. Tělo nám sděluje, jaké jsou naše meze únosnosti v dané situaci, což může mít důležitý ochranný a varovný význam. Ve velkém stresu však bývá nemožné prožívat zároveň emoce a pocity těla. Významná a adaptivní je v této situaci schopnost se znovu složit a ucelit. Stresová situace může někdy zesílit nutnost zabývat se vlastními potřebami, které mohly být až do teď opomíjeny. Během traumatických situací nebo v případě naprostého psychického i fyzického vyčerpání se obvykle dostávají do popředí naprosto základní lidské potřeby, jako je potřeba sucha, tepla, bezpečí, potřeba jídla

i cukru pro získání rychlého zdroje energie, potřeba pití a spánku. Tyto potřeby by měly být oceňovány a podporovány. (VODÁČKOVÁ a kol., 2012)

Po překonání prvotního šoku, který náročná situace přináší, většinou dochází k uvědomění, že můžeme využít zkušeností a dovedností, které jsme v tomto životě až dosud získali. Mohou to být zkušenosti jak kladné, tak i záporné, které však také mají svůj význam. Stejně tak mohou posloužit zkušenosti našich blízkých. Řešení krize s blízkými je důležitou součástí vyrovnávacího procesu. Jednak můžeme s naší rodinou či přáteli hovořit o tom, co se právě děje, často to však bývají oni, kdo si první všimnou, že se s námi není něco v pořádku. Komunita je další článek, který může být v rámci překonávání traumatu či stresu užitečný. Komunitou rozumíme společenství lidí, které žijí ve stejné lokalitě, nebo tvoří stejnou zájmovou skupinu. Lidé v rámci komunity se mohou vzájemně podporovat, poradit si, pomoci a navzájem se sebepotvrzovat. Díky komunitě může jedinec nahlédnout na jiné modely chování a řešení krizových situací. (VODÁČKOVÁ a kol., 2012)

Pokud metody svépomoci, laická pomoc a další přirozené podpůrné metody neúčinkují, je vhodné vyhledat odbornou krizovou pomoc, jejíž cíl tvoří převážně stabilizace stavu jedince. Existuje pět forem odborné pomoci v krizi, které spočívají v osobním kontaktu s krizovým pracovníkem, kam patří ambulantní forma, hospitalizace, terénní služby nebo krizová pomoc v přirozeném prostředí klienta, nebo v telefonickém kontaktu. (VODÁČKOVÁ a kol., 2012)

### **2.3 VZDĚLÁVÁNÍ ZDRAVOTNÍKŮ**

Studie uvádí, že problémy a obtíže, které mohou ovlivnit kvalitu péče, často souvisí s nedostatkem znalostí o specifikách prožívání rodičů, kteří se stali oběťmi ztráty dítěte. Odborníci v oboru se vyjadřují, že znalost nejlepších možných postupů by jim v této situaci pomohla s lepším provázením rodičů. Proto jsou zapotřebí specifická školení o prožívání zármutku při perinatálním úmrtí, komunikačních dovednostech a vztahových pomocných technikách. Vzdělání je klíčem, který umožňuje zdravotníkům konstruktivně zvládat setkání s perinatální ztrátou. (PASTOR MONTERO et al., 2011) Ratislavová uvádí, že pro rodičky mají dobré komunikační dovednosti zdravotníků stejnou důležitost jako terapeutické nebo ošetrovatelské postupy. Jsou považovány za základ profesionality. (RATISLAVOVÁ, 2016)

U všech členů týmu, který poskytuje péči během ztráty v těhotenství a úmrtí dítěte, by mělo dojít ke vzdělávání v oblasti získání a rozvíjení zkušeností se ztrátou a zármutkem obecně, jako i v konkrétním případě úmrtí plodu. Zdravotníci by taktéž měli být obeznámeni s možnými potřebami pozůstalých rodičů a rovněž s tím, jakým způsobem jim mohou zajistit individualizovanou a inkluzivní péči, která konkrétní potřeby žen a rodin naplňuje. Důležité je i rozvíjení dovedností a znalostí, které umožňují rodičům činit informovaná rozhodnutí v péči o mrtvé dítě, včetně volby vzpomínek, které si se svým dítětem chtějí vytvořit, volby, zda bude dítě posmrtně vyšetřováno, či co se stane s tělem dítěte. Zdravotníci by měli být dobře obeznámeni s místními postupy, opatřeními a možnostmi, které mají rodiče k dispozici, stejně tak jako s místními a národními zdroji informací a podpory pro pozůstalé rodiny. Zdravotníci by měli rozvíjet a umět používat vhodné komunikační dovednosti a techniky ke sdělování obtížných a špatných zpráv, měli by se naučit citlivé a efektivní komunikaci s rodiči. V neposlední řadě by měli být schopni rozeznat důsledky ztráty v těhotenství a smrti dítěte na zdravotnický personál a schopni vyhledat dostupnou pomoc. (SCHOTT, HENLEY, KOHNER, HUNTER, 2016)

## **2.4 PODPORA ZDRAVOTNÍKŮ**

Všichni zdravotníci mohou využívat různé zdroje podpory a pomoci. Obecně je můžeme rozdělit na zdroje soukromé a pracovní. Mezi soukromé zdroje podpory se řadí všichni lidé kolem nás, zejména pak rodina a přátelé, se kterými je možné o všem pohovořit, pobavit se a načerpat díky nim novou energii. Povinnost ochrany soukromí a osobních dat pacientů, stejně tak jako neznalost profese a mechanismů zdravotních služeb, může omezovat možnost těchto zdrojů využívat. Mezi další zdroje soukromé podpory můžeme však řadit také zvířata či osobní koníčky. Mezi pracovní či profesionální zdroje podpory se řadí kolegové, členové pracovních týmů či nadřízení. I atmosféra na pracovišti či celková kultura zdravotnického zařízení může zdravotníkům dodávat formu jistoty a podpory. (VENGLÁŘOVÁ a kol., 2013)

Zdravotní rady a pracovníci pracující ve zdravotnictví v nadřízených pozicích by měli zajistit odpovídající podporu a dohled nad všemi zaměstnanci, kteří nabízejí péči v případě perinatálního úmrtí. Kultura zdravotnických zařízení by měla podporovat a povzbuzovat zaměstnance, kteří hledají pomoc. Ti, kteří pracují samostatně, jako například porodní asistentky, duly a tlumočníci pracující mimo zdravotnická zařízení, by

pro sebe také měli zajistit odpovídající podporu. Typ a množství podpory, kterou zaměstnanci potřebují, se může lišit v závislosti na jednotlivci a na situaci. Je důležité nabízet zaměstnancům vícero možností dle jejich potřeb. (SCHOTT, HENLEY, KOHNER, HUNTER, 2016)

Všichni zdravotníci by měli mít přístup k praktické podpoře a přestávkám při poskytování péče o rodiče procházející ztrátou. Od žádného člena zdravotnického týmu by nemělo být očekáváno, že bude poskytovat veškerou péči o rodiče procházející ztrátou sám. Nutnost rychle se vyrovnat s několika ztrátami během krátkého časového období může mít dopady na duševní pohodu zdravotníka. (KENTWORTHY, KIRKHAM, 2011) Je tedy důležité zajistit vhodnou distribuci pracovního vytížení, aby byl zmírněn potencionální dopad na jednotlivce, kteří poskytují tuto péči. (SCHOTT, HENLEY, KOHNER, HUNTER, 2016) Od zaměstnanců by se nemělo očekávat, že budou ve stejný čas poskytovat péči o rodičku s mrtvým dítětem a o ženu rodící živé dítě. (KENTWORTHY, KIRKHAM, 2011)

Všichni zdravotníci, bez ohledu na úroveň jejich zkušeností, by měli mít příležitost účastnit se týmových debriefingů, kde by měli možnost diskutovat o jakýchkoli problémech nebo obavách, které při poskytování péče vyvstanou, stejně tak jako mluvit o tom, jak se cítí. (KENTWORTHY, KIRKHAM, 2011) Zároveň by měli mít příležitost s důvěrou diskutovat o svých pocitech, těžkostech a obavách ohledně konkrétního případu s profesionálem, který má odpovídající poradenské dovednosti. (SCHOTT, HENLEY, KOHNER, HUNTER, 2016)

Strach z toho, že něco udělají špatně, by neměl být důvodem k tomu, aby se zdravotníci vyhýbali péči o rodiče procházející perinatální ztrátou nebo aby byli až příliš opatrní na to, co říkají a dělají. Jistě může nastat situace, že se zdravotník v očích jedné konkrétní ženy nebo páru zmýlí, přestože jedná velice citlivě a ohleduplně. Pokud k takové situaci dojde, měl by být zdravotník aktivně podporován a měl by dostat prostor pro sebereflexi. (KENTWORTHY, KIRKHAM, 2011)

Zdravotníci potřebují od svých kolegů podporu, a to jak slovní, tak emoční. Zdravotnický tým by se měl spojit, společně hovořit o právě probíhajících těžkostech a vyjádřit si vzájemnou podporu. Pokud je ve službě více porodních asistentek, je vhodné, aby se společně domluvily o tom, která z nich cítí, že se o ženu bude schopna lépe postarat vzhledem ke svým vlastním současným pocitům a emocím. (ŠPAŇHELOVÁ, 2015)



Porodní asistentka může mluvit o svých pocitech se svými kolegy nebo vyhledat pomoc psychologa nebo psychoterapeuta. Své prožitky je možné zpracovat i prostřednictvím supervizí. Od počátku své profesní kariéry je dobré předcházet syndromu vyhoření tím, že zdravotník pečuje o sebe, své tělo a ducha, relaxuje a nepřepíná se. (TAKÁCS, SOBOTKOVÁ, ŠULOVÁ a kol., 2015)

### 2.3.1 SUPERVIZE V PERINATÁLNÍ PÉČI

Supervizí bývá nazýván proces, jež je zaměřen na reflexi rolí, činností a aktivit zdravotníka, které jsou spojené s jeho pracovní pozicí. Supervize se často využívají jako profesionální metoda podpory zdravotníků, sociálních pracovníků a dalších profesí zaměřených na práci s lidmi. Účastníky supervize bývá skupina pracovníků či jednotlivce a tzv. supervizor, odborník vyškolený v oblasti supervize. Obsahem rozhovorů bývají situace, se kterými se pracovníci ve zdravotnictví běžně setkávají, dále pak kazuistiky obtížných případů či ošetření vztahů na pracovišti v rámci zdravotnických týmů. Supervizor účastníkům supervize nabízí pohled zvenčí na probíranou situaci, doplňuje ji svými zkušenostmi a doporučeními. Supervizor zdravotníky povzbuzuje a pomáhá při zvládnutí pocitů vlastní bezmoci a pocitů viny. Může též účastníkům supervize doporučit další odborné vzdělávání. (VENGLÁŘOVÁ a kol., 2013)

Supervize by měla odpovídat potřebám svých účastníků, stejně tak jako potřebám a poslání konkrétního pracoviště. Jedině tak může být supervize skutečně užitečná. Témata jednotlivých setkání by měli navrhnout sami účastníci supervize. Mělo by se jednat o témata, která jsou pro jednotlivce skutečně významná, a která je trápí. Supervizor by měl účastníky vést k pojmenování toho, co od supervizí opravdu očekávají. Často to bývá pouhá potřeba ulevit nahromaděným emocím nebo potřeba získat od druhých zpětnou vazbu a nápady, jak by v konkrétní situaci jednali oni nebo jak by dané situaci předcházeli. V supervizi se však může jednat i o pochopení a porozumění sobě sama a stanovení vlastních priorit. (TAKÁCS, SOBOTKOVÁ, ŠULOVÁ a kol., 2015)

Takács, Sobotková, Šulová a kolektiv uvádí – „*Kazuistiky a kvalitativní výzkumy zaměřené na zdroje stresu, a naopak podpory v profesi porodní asistentky poukazují na pozitivní roli supervize pro obnovu duševní rovnováhy a pracovní spokojenosti.*“ (TAKÁCS, SOBOTKOVÁ, ŠULOVÁ a kol., 2015, s 171)

### 2.3.2 DUŠEVNÍ HYGIENA V PRAXI PORODNÍ ASISTENTKY

Pojem duševní hygiena může být chápán v několika pojetích. První z nich chápe duševní hygienu jako tzv. první pomoc, kdy by jednotlivé praktiky měly napomáhat úspěšnému překonávání náročných životních situací a minimalizovat jejich negativní dopady na člověka. V druhém úhlu pohledu slouží duševní hygiena jako příprava na blížící se náročnou situaci. V takovém případě je brán zřetel zejména na trénink psychické odolnosti ve stresových situacích. V neposlední řadě může být pojetí pojmu duševní hygieny bráno jako životní styl. Zde je pojem chápán ve smyslu prevence. Jde tedy převážně o předcházení náročným životním situacím postupným posilování vlastní psychické kondice a odolnosti vůči stresu. (TAKÁCS, SOBOTKOVÁ, ŠULOVÁ a kol., 2015) Takács, Sobotková, Šulová a kolektiv pojem definují jako „*soubor poznatků, přístupů, pravidel a postupů, které umožňují efektivní předcházení nadměrné zátěži, připravují jedince na její zvládnutí a minimalizují její devastující dopady.*“ (s 175, TAKÁCS, SOBOTKOVÁ, ŠULOVÁ a kol., 2015)

Při zvládnutí stresu a překonávání náročných situací lze využívat různých metod a technik. Jednou z nich je tzv. fyziologický postup, kam patří techniky, které k redukci stresu a jeho dopadů na jedince využívají pohybovou aktivitu a zvýšený výdej fyzické energie. Sportovní pohybové aktivity zvyšují hladinu endorfinů a pomáhají tak s odbouráním napětí v těle. K odreagování může sloužit taktéž jakákoli fyzická práce. V nouzových situacích lze např. rychle vyběhnout schody nebo bouchnout dveřmi. K navození zklidnění může pomoci teplá koupel či jídlo. Takzvané „zajídání stresu“ se však může z dlouhodobého hlediska stát rizikovým. Původní krátkodobá úleva může způsobit další stres z narušení životosprávy. Dalšími technikami pro zvládnutí stresu mohou být dechové techniky, které pomáhají odstraňovat z krevního řečiště nežádoucí látky nahromaděné stresovou reakcí, práce s tělem, techniky imaginace, četba či sledování filmových příběhů, které umožňují získat odstup od vlastní tíživé situace. S odstoupením od problému může pomoci také změna prostředí, odchod z místa, které v jedinci vyvolává stres, a pobyt v přírodě. Udržování sociálních kontaktů a sdílení problémů a emocí s někým jiným může pomoci s přijetím sebe sama. Účinný však nebývá jen kontakt s lidmi, ale také se zvířaty. Dalšími technikami může být zvládnutí situace pomocí humoru, tzv. „udělání si radosti“, např. navštívením posilovny, masáže, kosmetiky apod. Tyto situace dovolují výměnu role z toho, kdo pečuje, v toho, o koho je pečováno. Možnost na nějaký čas odložit zodpovědnost má pozitivní efekt na současný

i dlouhodobý psychický stav. V neposlední řadě patří ke zvládacím technikám přechodové techniky. Mezi ně se řadí například odložení pracovní uniformy nebo sprcha po odchodu z pracoviště. Tyto rituály pomáhají s přeladěním z jednoho prostředí do druhého a mohou mít velice významný mentálně očištný dopad. Nejrozšířenější metodou duševní hygieny je však relaxace a různé její techniky. Cílem relaxace je uvolnit tělo i mysl a snížit dopady stresu vzniklého kontaktem s náročnými životními situacemi. Relaxaci může provádět jedinec sám nebo na základě vedení zkušeného trenéra, případně za pomoci technické pomůcky jako např. zvukový přehrávač s instrukcemi pro relaxaci nebo hudba. (TAKÁCS, SOBOTKOVÁ, ŠULOVÁ a kol., 2015)

Nalezení nejvhodnější osobní techniky pro zvládání stresu vyžaduje čas a trpělivost. Ne každá technika je vhodná pro všechny, je třeba brát v úvahu osobnost daného jedince a individuální a situační specifika. (TAKÁCS, SOBOTKOVÁ, ŠULOVÁ a kol., 2015)

Existují však i způsoby, které jsou pro práci se stresem a jeho zvládání velice rizikové. Nejčastěji je to konzumace alkoholu a nikotinu, zvýšená konzumace jídla, užívání léků nebo užívání elektronických médií. Tyto metody obvykle v první chvíli akutní stresové situace dokážou pomoci usnadnit zvládání stresu, z dlouhodobého hlediska, obzvláště pokud jsou užívány dlouhodobě, mohou však zkomplikovat životní situaci na základě rozvinutí závislosti. (TAKÁCS, SOBOTKOVÁ, ŠULOVÁ a kol., 2015)

### 3 POPIS PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Pro praktickou část této bakalářské práce jsme si zvolili metodu kvalitativního průzkumu.

#### **Téma průzkumu**

Prožívání a připravenost porodních asistentek na setkání s perinatálním úmrtím.

#### **Problém průzkumu**

Cítí se porodní asistentky dostatečně připravené a podporované při péči o ženu s perinatální ztrátou?

#### **Cíle průzkumu**

**Cíl 1:** Zmapovat, jakým způsobem porodní asistentky prožívají setkání s perinatální ztrátou, zjistit, jak jsou na danou situaci připraveny a prozkoumat, zda jsou informované o možnostech profesionální pomoci a podpory, které jsou jim v rámci této problematiky nabízeny.

#### **Průzkumné otázky**

**Průzkumná otázka 1:** Jak dobře připravené na setkání s perinatální ztrátou se porodní asistentky cítí?

**Průzkumná otázka 2:** Jak porodní asistentky reagují na setkání s perinatální ztrátou? Jaké emoce a pocity v nich tato situace vzbuzuje a jak se s nimi umí vypořádat?

**Průzkumná otázka 3:** Cítí porodní asistentky podporu svého zdravotnického zařízení a týmu zdravotníků při setkání s perinatální ztrátou?

**Průzkumná otázka 4:** Jak vnímají porodní asistentky připravenost a reakci svých kolegů na setkání s ženou procházející perinatální ztrátou?

**Průzkumná otázka 5:** Jsou si porodní asistentky vědomy podpůrných organizací a programů pro zdravotníky setkávající se s náročnou situací a využívají tyto možnosti?

#### **Metodika průzkumu**

Metodou průzkumu byl zvolen kvalitativní průzkum ve formě polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovor jsme vedli se třemi porodními asistentkami,

kteřé se za své praxe setkali s ženou prožívající perinatální ztrátu. Rozhovor probíhal přirozenou cestou s předem připravenými otázkami, které jsme doplňovali reakcemi na podněty respondentů. Polostrukturovaný rozhovor se skládal z osmi hlavních otázek. První otázkou jsme zjistili, kolikrát se porodní asistentka setkala s případem perinatální ztráty a zda o rodičku či novorozence pečovala přímo ona. Dále jsme se ptali na úplně první setkání porodní asistentky s případem perinatální ztráty, zda se na tuto situaci cítila připravena, jak taková příprava probíhala a jaké emoce při setkání prožívala. Také nás zajímalo, zda by porodní asistentka mohla sdílet nějaký její osobní příběh setkání s perinatální ztrátou, který pro ni byl v jakémkoli ohledu významný. Další otázky byly zaměřené na prožívání porodní asistentky v případě péče o ženu s perinatální ztrátou, jaké emoce a pocity prožívala, co pro ni bylo nejtěžší a jak se s celou situací dokázala vypořádat. Zajímalo nás, zda měla porodní asistentka v případě péče o ženu s perinatální ztrátou podporu od svých kolegů. Ptali jsme se i na to, jak vnímá připravenost celého zdravotnického týmu na tuto situaci. Na závěr jsme dali porodní asistentce prostor dodat k tématu cokoli, co ji napadalo.

### **Průzkumný vzorek**

Respondenti museli splňovat dvě kritéria – profese porodní asistentka a zkušenost s perinatálním úmrtím na porodním sále. Tato kritéria všichni respondenti splnili.

### **Průzkumný soubor**

Průzkumný soubor tvořily 3 porodní asistentky, z Čech, Moravy a Slezska, s praxí na porodním sále.

Porodní asistentka č.1 (dále PA1) absolvovala bakalářské studium oboru Porodní asistentka v Brně na Masarykově univerzitě. Po ukončení studia nastoupila do Fakultní nemocnice Brno, kde pracovala po dobu dvou let na porodním sále.

Porodní asistentka č.2 (dále PA2) absolvovala před více než třiceti lety nástavbové studium oboru Porodní asistentka v Praze. Poté nastoupila na porodní sál do Fakultní Thomayerovi nemocnice. Následně nastoupila do Slezské nemocnice v Opavě, kde působí dodnes. Během své praxe dokončila dálkové bakalářské studium oboru Porodní asistentka a dále pak magisterské studium Komunitní péče v porodní asistenci a také obor Intenzivní péče v porodní asistenci. Za své praxe nasbírala zkušenosti z porodního sálu, ale i jiných gynekologicko-porodnických oddělení.

Porodní asistentka č.3 (dále PA3) absolvovala bakalářské studium oboru Porodní asistentka v Praze. Po studiu nastoupila na porodní sál Ústavu pro péči o matku a dítě, kde pracuje již 10 let. Během práce na porodním sále pracovala po dobu tří let také v samostatné ambulanci porodních asistentek.

### **Časový harmonogram**

V prosinci 2020 jsme vytvořili otázky rozhovoru a přes sociální sítě jsme oslovili několik porodních asistentek. Rozhovory probíhaly v období zimy a jara 2021. Délku rozhovorů jsme stanovali přibližně na 1 hodinu, čas byl přizpůsoben dle odvíjení rozhovoru a rozpoložení respondenta. V dubnu 2021 byly veškeré získané rozhovory vyhodnoceny.

**Cíl 2:** Pomocí internetu vyhledat dostupné formy pomoci, které mohou zdravotníci při setkání s perinatální ztrátou využívat.

### **Metodika průzkumu**

Pomocí internetu jsme vyhledali zdroje, které mohou porodní asistentky a zdravotníci využívat, při potřebě dalšího sebevzdělávání, dohledávání důležitých informací v rámci problematiky perinatálního úmrtí a v neposlední řadě také zdroje pomoci a podpory při snaze vypořádat se s negativními emocemi a pocity vyvolanými v souvislosti s péčí o ženu s perinatální ztrátou.

### 3.1 ANALÝZA VÝSLEDKŮ PRŮZKUMU

**Cíl 1:** Zmapovat jakým způsobem porodní asistentky prožívají setkání s perinatální ztrátou, zjistit, jak jsou na danou situaci připraveny a prozkoumat, zda jsou informované o možnostech profesionální pomoci a podpory, které jsou jim v rámci této problematiky nabízeny.

Tato část bakalářské práce udává jednotlivé odpovědi všech respondentů na danou otázku a porovnává je mezi sebou.

**Otázka č. 1** – Kolikrát jste se již za své praxe porodní asistentky či za studia setkala s případem perinatálního úmrtí? Pečovala jste o pacientku či mrtvé dítě přímo vy?

PA1 uvedla, že během studia se s případem perinatální ztráty nesešla. Po nástupu do práce se s těmito případy začala setkávat více a více. Již si nedokáže vzpomenout na všechny ženy, kterým se tato situace stala, jelikož jich bylo mnoho. Pamatuje si ty, o které se sama starala. Byly dvě, které rodily mrtvé dítě a jedna, která rodila dvojčata ve 24. týdnu těhotenství se špatnou prognózou. PA2 uvedla, že se za své praxe setkala s 12-15 případy perinatální ztráty na porodním sále a ještě víckrát na odděleních. Často o pacientky pečovala právě ona. Zmiňuje také, že v případě nedonošených plodů se s perinatálním úmrtím setkala častěji než v případě donošených plodů. PA3 během své praxe přímo pečovala o 5 žen s perinatálním úmrtím. Uvádí, že již není schopna spočítat, kolikrát se s případem mrtvého plodu setkala v případě, že o ženu sama nepečovala.

Všechny respondentky se shodly, že případů perinatální ztráty během jejich praxe bylo mnoho. Všechny tři také samy pečovaly o ženy rodící mrtvý plod.

**Otázka č.2** – Vzpomenete si, kdy jste se s případem perinatálního úmrtí setkala poprvé? Jak jste na danou situaci reagovala? Cítila jste se na takový druh péče připravená? Pokud ano, jakým způsobem Vaše příprava probíhala?

PA1 se poprvé s případem perinatální ztráty setkala v prvních třech měsících po nástupu na porodní sál. Popisuje, že pro ni bylo obtížné zpracovat situaci, kdy přijde žena na porodní sál, porodní asistentka se snaží poslechnout ozvy plodu a žádné nenachází. Dále mluví o tom, že bylo náročné uvědomit si, jakým způsobem sdělit ženě, že nemůže najít ozvy dítěte a musí zavolat lékaře tak, aby žena nezačala panikařit. Uvádí, že se na

tuto situaci necítila připravená a nevěděla, jak s ženou komunikovat. Během studia nebyl v rámci předmětu komunikace či psychologie na tuto situaci brán důraz. Domnívá se, že příprava na náročné situace v praxi je ve školách velice podceňována, přestože velkou část práce porodní asistentky tvoří právě komunikace. Udává, že příprava na tuto situaci je individuální a probíhá převážně samostudiem dle zájmu studenta. PA2 se s první ženou rodící mrtvé dítě setkala po měsíci nástupu do zaměstnání, bylo to na oddělení gynekologie. Jednalo se o ženu rodící ve 24. týdnu těhotenství. V té době byly tyto případy brány jako potrat, nikoli porod. Tato porodní asistentka přiznává, že ona sama rozdíl mezi potratem a porodem nedělá. Udává, že pacientka musela dítě porodit na pokoji do podložní mísy. To PA2 velice zasáhlo. Ve škole na tuto situaci připravena nebyla. Studovala v období komunismu, kdy byl zastáván postoj „stalo se, zapomeňte“. Studium psychologie probíhalo ve velmi obecné rovině. Sama se začala na toto téma vzdělávat, nejprve v rámci kurzu zvyšování kvalifikace, následně se účastnila kurzu Prázdná kolébka. V rámci předmětu psychologie, během bakalářského studia v Olomouci, se vyučující věnovala i tématu těhotenských ztrát. PA2 uvádí, že obsahově nebyla výuka obširná, ale byla kvalitní. Z vlastní iniciativy se účastnila i dalších kurzů na toto téma. Zdůvodňuje to tím, že jí vždy bylo každé pacientky velice líto a nechtěla přistupovat na již zmíněný model „stalo se, zapomeňte“. PA3 se s prvním případem perinatální ztráty setkala ještě během studia při absolvování povinných praxí na porodním sále. Bylo to dříve, než se tomuto tématu věnovala ve škole. Udává, že výuka proběhla prostřednictvím jednoho starého filmu z Velké Británie, kde nebylo nic konkrétně vysvětleno, jen bylo ukázáno, že když žena porodí mrtvé dítě, přinese se jí na rozloučení apod. Potom se v rámci studia ve škole soustředili pouze na klasický lékařský přístup k úmrtí plodu, možné příčiny a postupy při porodu. Na tuto péči se tedy vůbec připravená necítila. Uvádí, že nedokázala pochopit, jak se něco takového může stát.

Dotazované porodní asistentky se s případy perinatální ztráty setkaly velice brzy. Všechny tři uvedly, že se na tuto situaci necítily vůbec připravené.

**Otázka č.3** – Mohla byste se mnou sdílet nějaký příběh, který jste zažila, když jste se za své praxe setkala s případem perinatálního úmrtí, který pro Vás byl v jakémkoli ohledu významný?

PA1 vypráví o již zmíněném případě porodu dvojčat ve 24. týdnu těhotenství. *„Paní přišla více méně z domova, nebyla zde žádná maturace plodu, takže prognóza byla*



*úplně šílená. Jedno miminko mi zemřelo téměř v rukách, když jsem ho nesla pediatřům, a to druhé zemřelo za zhruba 48 hodin na JIP. Tento případ si budu pamatovat hodně dlouho, protože byl zvláštní v tom, že to první miminko, které umřelo ještě na sále, bylo klasifikováno jako potrat, a to druhé žilo 48 hodin, takže bylo klasifikované jako porod. Rodiče je chtěli pohřbit společně a nemohli, protože jedno bylo biologický materiál a druhý bylo porod. Nevím, jak to nakonec dopadlo, protože jsem s tou paní pak nebyla v kontaktu, ale bylo to z tohoto hlediska hodně zajímavé.“*

PA2 se ve svém vyprávění vrací ke svému prvnímu případu setkání s perinatálním úmrtím. *„Tehdy mě to hodně vzalo, byla to mladá paní, musela potratit na pokoji. Kolegyně mi řekla – „Musíš tomu přikrýt pusinku, aby neslyšela, že kníkne.“ Tahle věta ve mě zůstala a já si řekla, že tohle dělat nebudu. Já to dítě nezabiju. Naštěstí se tedy narodilo již mrtvé. To bylo něco hrozného, nemohla jsem to vydýchat. Pracovala jsem měsíc. Dodnes beru jako svoje selhání, že jsem tu kolegyni poslechla, že ta paní musela potratit do podložní mísy. Tenkrát se to tedy tak dělalo, ale mě to dělalo hrozně zle, říkala jsme si, že ona to dítě doslova hodí do záchodu. Zařekla jsem se, že už to nikdy neudělám, a že to vždycky zařídím tak, aby tam ta paní byla sama, nebo tedy se mnou, ale ostatní pacientky prostě musí odejít. Dodneška, když si na to vzpomenu, tak si vybavím, jak mi to strašně vadilo.“*

PA3 vypráví o dvou případech. *„Setkala jsem se s ženou, která nechtěla v naší porodnici rodit koncem pánevním, protože jí byl vzhledem k váhovému odhadu doporučen císařský řez. Dohodla se tedy v jiné porodnici a u nás měla probíhat prenatální péče. Byl jí dán i případný termín císařského řezu. Paní přišla týden po termínu, který jsme jí dali na sekci, kvůli absenci ozev, které poslouchali doma s komunitní porodní asistentkou. Dítě bylo mrtvé. Ihned se mě ptala, zda kdyby šla na císařský řez by dítě žilo. Myslím, že to pro ni bylo už v tak hrozném situaci ještě horší tím, že před týdnem, když byla v poradně, věděla, že dítě bylo živé. Jedna z posledních žen byla lékařka, která nechtěla kvůli absenci pohybů otravovat. Myslím, že je kvůli tomu nutné pacientkám stále říkat, jak moc je důležité, aby přišli, když necítí pohyby zcela tak, jak jsou zvyklé.“*

**Otázka č.4** – Můžete popsat, co pro Vás bylo při této ošetrovatelské péči nejtěžší z hlediska péče o matku nebo z hlediska péče o mrtvý plod/novorozence? Jaké emoce jste cítila? Jaké myšlenky Vás napadaly?

PA1 uvedla, že nejtěžší pro ni byl střet s tím, že se takové věci opravdu dějí. Hodně také přemýšlela nad tím, že žena má již doma na miminko vše připravené, a až odejde z porodnice domů, bude tam prázdné. Z hlediska péče pro PA1 byla nejtěžší druhá doba porodní, kdy bylo nutné ženu povzbudit, aby dokázala dítě porodit, ale zároveň dávat pozor, aby podpora nevyzněla příliš pozitivně, jelikož dítě se nenarodí živé. Dále uvádí, že po narození dítěte najednou nevěděla, kam jeho tělíčko položit, jelikož ho nemohla studené a mrtvé položit na břicho. Taky uvažovala o tom, jakým způsobem ženě říct, že už je potřeba dítě odnést na zvážení, měření a nachystání na rozloučení. Tato komunikace byla pro PA1 velice náročná. Popisuje, že když se rodí živé dítě, je to šťastná událost, člověk může vtipkovat apod., ale v tomto případě to nelze a člověk se musí stáhnout. V neposlední řadě tato porodní asistentka uvádí, že pro ni bylo opravdu obtížné vidět, že rodiče mají na rozloučení s dítětem 2 hodiny a po tak krátké době s nimi musí řešit např. zpopelnění a pohřeb a další administrativu. PA2 při péči o mrtvého novorozence pomáhá, že na něj mluví, jako by byl živý. Svěřila se, že si není jistá, jestli to není nějaký způsob její obrany, aby se z té smutné situace nezbláznila, protože cítí velkou lítost. Z hlediska péče o matku si PA2 uvědomuje, že i když vyjádří pacientce svou lítost nad celou situací, žena jí to nevěří, protože se ve své bolesti cítí sama. PA2 hovořila o tom, že nejtěžší je, že ženě nemůže pomoci tak, jak by si ona představovala, protože očekává, že jí porodní asistentka podá do náruče živé dítě a do poslední chvíle doufá, že se lékař spletl. PA2 říká, že s tímhle se vypořádat je velice obtížné. Dodává však, že po letech praxe už lépe ví, co s tím, ale ze začátku to pro ni bylo náročné. PA3 vzpomíná, že s první ženou, které zemřelo dítě v děloze, se setkala na příjmu na porodní sál. Žena na ni chrlila spoustu otázek jako např. zda může za to, že dítě zemřelo, protože nešla na císařský řez a chtěla родit vaginálně, nebo že nehlídala pohyby dítěte apod. PA3 vysvětluje, že byla první, s kým se tato žena v nemocnici setkala, a bylo to velice náročné i přesto, že žena již přijela do porodnice s tím, že ozvy se doma nepodařilo najít. PA3 přiznává, že ji během péče o tuto ženu napadalo, že to pacientku bude celý život pronásledovat, a že se bude navždy obviňovat. PA3 uvádí i druhý případ, který pro ni byl těžký. Na porodním boxe pečovala o rodičku, která byla lékařka, a pro PA3 bylo náročné s ní pracovat a navést jí na to, že je dobré své dítě po porodu vidět, rozloučit se apod. Pacientka byla v té situaci velice nepřístupná, chtěla situaci rychle vyřešit a odejít.

Každá z respondentek hovořila o jiných aspektech péče, které mohou být pro každou z nich nějakým způsobem náročné. Společným jmenovatelem jsou zde zvýšené

nároky na komunikační dovednosti, stejně jako na vlastní psychické prožívání a zpracování situace.

**Otázka č. 5 – Jakým způsobem se s takovou situací vypořádáváte?**

PA1 uvedla, že v práci si to obvykle tolik nepřipouští, jelikož je v pracovním zápřehu, ale většinou to na ni začne doléhat po cestě domů. Sama hovoří o tom, že se z celé situace potřebovala vyplakat a nějak to ze sebe dostat. Hodně to také řešila sportem a chodila běhat, aby si vyčistila hlavu a mohla si říct, že už je to celé za ní. Svěřila se, že jedna její kolegyně jí doporučila, že při příchodu do práce je dobré si představit, že si v šatně vysvěče svůj osobní život a s uniformou si oblékne ten pracovní. Po odchodu z práce je dobré dát si sprchu, smýt ze sebe celý den, obléknout si zase ten svůj život a žít ho. PA1 zmiňuje, že to není vždy jednoduché a možné, ale sama se touto radou řídí a pomáhá jí to. Uvádí, že některé její kolegyně si píšou deníky nebo anonymní blogy, aby se z náročné situace vypsaly. PA2 také zmínila, že by si zdravotníci neměli prožitky z práce nosit domů. Sama však dodala, že se to snadněji řekne, než udělá. Jako další techniku zmínila fyzickou aktivitu. Říká, že pokud člověk unaví tělo, tak i hlava přestane pracovat. Samotné jí pomáhá fyzická práce. Uvádí, že za léta své praxe se naučila říct si, jak moc jí daná situace mrzí a jak moc tím trpí, když je v práci, ale v momentě, kdy odejde domů, tak je konec. Je však nutné, aby se tomuto člověk naučil. Také mluvila o tom, že některé kolegyně otupí, ale i přes jakoukoli bariéru kterou si vytvoří je důležité, aby porodní asistentky zůstaly lidské. PA3 pomáhá sdílení s ostatními porodními asistentkami, doma poté sdílení s manželem nebo maminkou, která je lékařka. K relaxaci využívá hlavně pobyt a práci na zahradě.

Všechny tři porodní asistentky sdílely metody a způsoby, které jim pomáhají se zvládnutím náročných situací v zaměstnání, mezi které se perinatální ztráta určitě řadí. Společné jmenovanými znaky je převážně fyzická aktivita a oddělení osobního života od pracovního. PA3 navíc uvedla komunikaci a sdílení s ostatními porodními asistentkami a rodinou, a pobyt na zahradě.

**Otázka č.6 – Cítila jste, že kolem sebe máte tým, který Vás v takovéto situaci dokáže podpořit a poradit Vám?**

PA1 vyprávěla, že po jejím nástupu do práce si nejprve péči o ženu rodící mrtvý plod braly na starost starší a zkušenější porodní asistentky. Poprvé pečovala o takovou

ženu po 3 měsících od nástupu, a pod supervizí. Kolegyně ji pomohly, co se týče praktických a administrativních úkonů, dodává však, že s prací a komunikací na boxe ji nikdo nepomohl, protože to ani není možné. Zmiňuje, že je nutné, aby se toto každý naučil a nastudoval na kurzech krizových intervencí apod. Dále uvádí, že týmová spolupráce mezi kolegyněmi funguje dobře. Pokud by požádala o radu, i co se komunikace s ženou týče, určitě by jí kolegyně poradily. Dodává však, že je důležité, aby si o to dokázal člověk říct. Zmiňuje i to, že si je vědoma toho, že ne na každém pracovišti to takto funguje a vždy záleží na kolektivu, jak je zvyklý spolupracovat. PA2 hovořila o tom, že si s kolegyněmi dokážou vyjít vstříc a pomoci si, pokud je jedné z nich situace nepříjemná. Co se týče lékařů, je to dle PA2 individuální. Uvádí, že existují lékaři, které daná situace zasáhne, ale také existují lékaři, kteří nejsou empatictí a nepodpoří ani ženu ani pečující porodní asistentku. PA3 uvedla, že ji tým zdravotníků, který měla kolem sebe, vždy podpořil.

Všechny tři porodní asistentky uvedly, že na pracovišti si porodní asistentky navzájem pomáhají a vycházejí vstříc. PA1 navíc zmiňuje, že je důležité, aby si porodní asistentka uměla o pomoc říct. PA2 také dodala, že ne každý lékař, se kterým se setkala dokáže být empatický a podporující vůči ženě nebo kolegům.

**Otázka č.7** – Jak vnímáte připravenost ostatních kolegyň a lékařů na péči o ženu s mrtvým plodem?

PA1 hovořila o tom, že starší generace porodních asistentek může mít tendenci zlehčovat situaci a říkat, že je žena ještě mladá a udělá si další dítě. PA1 se domnívá, že s nástupem mladší generace na vyšší místa se to může pomalu začít měnit. PA1 také zmiňuje, že vnímání smrti je v naší společnosti velice špatně nastavené a smrt není obecně dobře přijímána. PA2 uvedla, že některé starší kolegyně už se s touto situací setkaly mnohokrát, takže nad ní moc nepřemýšlí. Některé dokonce stále zastávají názor – „stalo se, zapomeňte.“ Domnívá se, že kdyby její zaměstnavatel nabídl zaměstnancům nějaký kurz péče o ženu s perinatální ztrátou, přihlásily by se spíše jen mladé porodní asistentky. Dodala však, že zdravotnické zařízení, ve kterém pracuje, žádné vzdělávací kurzy pro zdravotníky nepořádá a něco takového sama očekává spíše od velkých fakultních nemocnic, které jsou lépe financovány. PA3 se domnívá, že porodní asistentky jsou na tuto péči připraveny lépe než lékaři. Ti řeší hodně medicínskou stránku, i když, dle jejích slov, to nutně neznamená, že by je psychologie také nezajímala. Zhodnotila, že její

kolegyně na pracovišti se neustále vzdělávají, domnívá se, že nad poměry českých porodnic.

PA1 a PA2 obě zmiňují, že starší porodní asistentky mohou mít někdy problém s empatickou péčí o ženu s mrtvým plodem. Obě vidí potenciál spíše v mladších porodních asistentkách, které se o téma více zajímají. PA3 navíc dodává, že porodní asistentky bývají na tuto situaci často lépe připraveny než lékaři, kteří se zabývají hlavně odbornou stránkou věci.

**Otázka č.8** – Jste si vědoma nějakých podpůrných institucí nebo programů pro zdravotníky, kteří se ve své praxi setkávají s psychicky náročnými situacemi? Nabízí vaše zdravotnické zařízení nějakou pomoc či podporu svým zaměstnancům? Účastnila jste se někdy něčeho takového? Je něco, co byste sama uvítala?

PA1 uvedla, že pro pacientky je k dispozici kaplan a psycholog, jehož služeb mohou pravděpodobně využívat i zaměstnanci. Dále hovořila o tom, že skupinové supervize v nemocnici probíhají pouze v rámci adaptace do nového zaměstnání. Nejedná se o supervize, které by měli pomoci zaměstnancům s řešením složitých situací. V rámci tohoto tématu vnímá jako velký pokrok nový web [perinatalniztrata.cz](http://perinatalniztrata.cz), kde jsou kontakty na všechny různé druhy pomoci, online linka pro rodinu i zdravotníky a mnoho materiálů právě o tom, jak správně s ženou v této situaci komunikovat, i odkazy na vzdělávací akce. Doufá, že se tyto služby budou více a více využívat. Jako další zmiňuje PA1 nutnost vylepšit péči o zaměstnance v rámci zdravotnických zařízení. Jako úlohu vedoucích pracovníků vnímá to, aby dokázali zkoordinovat a rozpoznat, kdy je toho na zaměstnance moc a nabídnout mu případně pomoc. Ve zdravotnickém zařízení, kde pracuje PA2, není k dispozici psycholog ani pro pacienty, což PA2 hodnotí velmi negativně. PA2 také hovořila o tzv. peer programech, což jsou služby psychické první pomoci, které poskytují zdravotníci sobě navzájem. Sama se s touto službou setkala, když prožívala velice těžkou situaci v práci, ze které se potřebovala vypovídat. Uvádí, že v současné době jsou na jejím pracovišti přítomni 3 zaměstnanci, kteří se peer programu věnují, dodává však, že jejich služby nejsou příliš využívány, protože její pracoviště zastává názor, že jsou zdravotníci profesionálové, kteří musí i po psychické stránce všechno zvládnout, což dle jejích slov není pravda. Dále zmiňuje, že existují pomocné linky, kam může zdravotník zavolat, když potřebuje poradit s praktickými věcmi ohledně perinatální ztráty. Domnívá se však, že kdyby na tuto linku zdravotník zavolał kvůli psychickému problému, bylo by mu

pomoženo. PA2 zmiňuje také psychology Prázdné kolébky, kteří by určitě dokázali pomoci. PA3 hovořila o tom, že po jednom těžkém případě využila supervizi od své kamarádky. Na jejím pracovišti je pacientkám k dispozici psycholožka, není si však jistá, zda jejich služby mohou využívat i zaměstnanci. Uvedla, že zaznamenala, že její zaměstnavatel v jednu dobu nabízel skupinové supervize, neví však, zda se nakonec uskutečnily či zda pokračují. O jiné podpoře pro zdravotníky ze strany pracoviště neví. Uvedla, že většinou se náročné situace řeší v kolektivu porodních asistentek.

PA1 a PA3, které obě pracují ve velké porodnici, uvedly, že na pracovišti je přítomen psycholog, případně kaplan. Jejich služby jsou spíše využívány pacienty, personálu jejich služby nabízeny nejsou, nebo si toho porodní asistentky nejsou vědomy. V malé porodnici, kde pracuje PA2, není přítomen ani psycholog, ani kaplan, což tato asistentka hodnotí velice negativně, a to jak kvůli pacientům, tak kvůli zdravotníkům. Všechny tři porodní asistentky se shodly, že zdravotnická zařízení svým zaměstnancům psychickou podporu v náročných situacích spíše nenabízí. PA2 uvedla, že její zdravotnické zařízení předpokládá, že zdravotníci jsou profesionálové, a tudíž musí zvládnout všechny situace. Porodní asistentky zmínily několik možností podpory, kterým jsou zdravotníkům nabízeny mimo zdravotnická zařízení.

#### **Otázka č.9 – Napadá Vás ještě něco dalšího, co byste k tématu ráda dodala?**

PA1 se domnívá, že by se s prací na tomto tématu mělo začít již za studia, a měl by se pozměnit koncept výuky komunikace, psychologie a dalších předmětů, které s tímto tématem souvisí. Dále mluví o tom, že je důležité vzdělávat zaměstnance a podporovat vzájemnou spolupráci mezi týmy i mimo porodní sál a dívat se na toto téma komplexně, nikoli pouze jako záležitost porodních asistentek, ale celého týmu, který s pacientkou přichází do kontaktu, včetně lékařů, pediatrů, dětských sester apod. PA2 hovořila o tom, že by měla v první řadě existovat lepší podpora pro zdravotníky, protože tato situace se může dotknout každého. S tématem perinatální ztráty by se mělo více pracovat. PA2 uznává, že se již udělal velký pokrok, ale dodává, že to stále není dost. PA3 mluví o tom, že by se o tomto tématu mělo ve společnosti více mluvit a méně se mu bránit. Uvažuje, že v naší zemi je smrt stále brána jako velký strašák, nejen pokud se týká dětí, a není zvykem o ní mluvit.

Všechny porodní asistentky se shodly na tom, že by se společnost tématům spojeným se smrtí a perinatální ztrátou měla více věnovat. PA1 vidí budoucnost v úpravě

konceptu výuky na školách, dále pak ve vzdělávání v rámci zdravotnického zařízení napříč odděleními. PA2 vnímá důležitost v podpoře zdravotníků na pracovišti.

**Cíl 2:** Pomocí internetu vyhledat dostupné formy pomoci, které mohou zdravotníci při setkání s perinatální ztrátou využívat.

Pomocí internetových zdrojů jsme dohledali následující zdroje a formy pomoci:

- Webové stránky perinatálniztrata.cz, kde jsou zdravotníkům k dispozici informace o postupech v rámci perinatální ztráty, informace o dalším vzdělávání v této oblasti, tipy a doporučení pro sebepečí a v neposlední řadě také kontakty na informační a krizové linky pro zdravotníky. (PERINATÁLNÍ ZTRÁTA, 2021)
- Webové stránky prazdnakolebka.cz nabízející spoustu zajímavých informací ohledně péče o rodiče procházející perinatální ztrátou a dále také možnost objednání informačních materiálů na toto téma. (PRÁZDNÁ KOLÉBKA, 2021)
- Linka kolegiální podpory pro pracovníky ve zdravotnictví (tel. 530 331 122, 530 331 131) – linka nabízející nepřetržitou psychickou podporu zdravotníkům. Webové stránky této linky uvádí – „*Účelem linky kolegiální (peer) podpory je poskytnout pracovníkům ve zdravotnictví bezpečný prostor pro podpůrný rozhovor, základní doporučení, pokud jde o zvládnutí jejich stresového zatížení, obav, frustrace, emoci, naplnění základních potřeb. Velká výhoda telefonické formy poskytované služby je její okamžitá dostupnost, a to i v době, kdy je takový pracovník právě na svém pracovišti, a má jen krátký časový prostor s někým v klidu hovořit.*“ (MZČR, 2020)
- Další krizové linky – Pražská linka důvěry (tel. 222 580 697), SOS centrum Diakonie (tel. 777 734 173, 222 514 040, 608 004 444), Linka první psychické pomoci (tel. 116 128). (MVČR, 2021)
- Krizové centrum RIAPS poskytující péči lidem, kteří se v důsledku náročné životní situace potýkají s narušením svého psychického zdraví. Pomoc je poskytována formou nepřetržité pohotovostní služby,

ambulantních konzultací nebo pobytu na lůžkovém oddělení. Tel. 222 586 768. (CENTRUM SOCIÁLNÍCH SLUŽEB PRAHA, 2021)

- Skupinové supervize organizované Unií porodních asistentek. V rámci skupinových supervizí je možnost řešit a podělit se o své problémy a obavy vznikající během poskytování zdravotní péče, dále je možné probírat konkrétní kazuistiky, etické a právní problémy, vztahy, kompetence a postavení porodních asistentek. (UNIPA, 2021)

### 3.2 INTERPRETACE VLASTNÍHO PRŮZKUMU

Průzkumného šetření se účastnily 3 porodní asistentky s praxí na porodním sále a se zkušeností s péčí o ženu s perinatální ztrátou. Na sociálních médiích jsme náhodně oslovily porodní asistentky. Zvolené respondentky projevily zájem a samy nás kontaktovaly. Je nutné zmínit, že zájem o spolupráci na tomto průzkumu nebyl příliš velký. Pro interpretaci výsledku tedy bereme v potaz, že respondentky spadají do kategorie porodních asistentek, které se o téma zajímají a nemají problém o něm hovořit. V rámci tohoto průzkumu jsme si stanovili jeden cíl a pět průzkumných otázek.

**Cíl 1:** Zmapovat, jakým způsobem porodní asistentky prožívají setkání s perinatální ztrátou, zjistit, jak jsou na danou situaci připraveny a prozkoumat, zda jsou informované o možnostech profesionální pomoci a podpory, které jsou jim v rámci této problematiky nabízeny.

**Průzkumná otázka 1:** Jak dobře připravené na setkání s perinatální ztrátou se porodní asistentky cítí?

Verifikace v rozhovoru: otázka č.1 a 2

První otázkou jsme se snažili prozkoumat, jak připravené se na své první setkání s perinatální ztrátou porodní asistentky cítily, případně jakým způsobem jejich příprava probíhala. Všechny respondentky se s prvním případem perinatální ztráty setkaly velmi brzy poté, co nastoupily do zaměstnání. PA3 se s prvním případem setkala dokonce ještě během studia. Všechny respondentky se shodly na tom, že se na situaci vůbec připravené necítily. Všechny tři uvedly, že příprava na setkání s perinatální ztrátou v rámci studia neproběhla vůbec, nebo ve velmi obecné rovině, kdy byl důraz kladen hlavně na medicínskou část problematiky perinatální ztráty, nikoli na psychologickou stránku.



Všechny tři porodní asistentky mluvily o tom, že toto setkání pro ně bylo náročné na zpracování nebo pochopení toho, jak se něco takého může stát. P1 a P2 navíc uvedly, že pro lepší připravenost porodních asistentek na tuto situaci je nutné se samovzdělávat, účastnit se odborných kurzů se zaměřením na toto téma apod. V rámci otázky č. 9, kdy mohly respondentky k tématu dodat cokoli jiného, co považují za důležité, zmínila PA1, že s přípravou na setkání s perinatální ztrátou by se mělo začít již během studia a měl by se pozměnit koncept výuky předmětů psychologie a komunikace. PA2 se z vlastní iniciativy několika kurzů účastnila, jelikož jak uvedla, nedokázala přistoupit na přístup, který byl dříve vůči rodičkám rodící mrtvé dítě běžně používán, a který ona nepovažovala za správný.

Jako odpověď na naši průzkumnou otázku tedy můžeme shrnout, že ani jedna z respondentek se necítila na setkání s perinatální ztrátou připravena. Dvě z respondentek navíc zmínily důležitost vlastního vzdělávání a zlepšení vzdělávání ve školách v rámci této problematiky.

**Průzkumná otázka 2:** Jak porodní asistentky reagují na setkání s perinatální ztrátou? Jaké emoce a pocity v nich tato situace vzbuzuje a jak se s nimi umí vypořádat?

Verifikace v rozhovoru: otázka č. 3, 4 a 5

Abychom zmapovali, jak porodní asistentky péči o ženu s perinatální ztrátou samy prožívají, nejprve jsme je poprosili, aby s námi sdílely nějaký osobní příběh, který se dotýká péče o ženu s perinatální ztrátou, a který na ně měl důležitý dopad. PA1 hovořila o případu, kdy jedné ženě, která rodila nedonošená dvojčata, zemřelo jedno dítě hned po porodu a druhé zemřelo až po několika hodinách na oddělení intenzivní péče. Žena chtěla obě děti pohřbit společně, bohužel však nemohla, jelikož jedno dítě bylo klasifikováno jako potrat, tedy biologický materiál, a druhé jako porozené dítě, které může být pohřbeno. Porodní asistentka uvedla, že si tento případ bude pamatovat hodně dlouho, jelikož byl právě v tomto ohledu velice zvláštní. PA2 s námi sdílela příběh, kdy musela poskytovat péči způsobem, se kterým nesouhlasila, a dodnes to bere jako své selhání, že to tak udělala. Od té doby se zařekla, že už nikdy nic takového neudělá. PA3 mluvila o ženě, která se rozhodla nedostavit na plánový císařský řez a její dítě o několik dní později zemřelo. Porodní asistentka uvedla, že se jí pacientka v té situaci ptala, zda by dítě ještě žilo, kdyby s plánovanou sekcí souhlasila. Druhá žena, o které PA3 mluvila, byla žena, která nechtěla kvůli absenci pohybů dítěte nemocniční personál otravovat.

Porodní asistentka proto uvedla, že je nutné ženám stále říkat, jak moc je důležité dorazit do porodnice, pokud přestanou pohyby dítěte cítit. Každá z respondentek ve svém rozhovoru zahrnula odlišný aspekt prožívání setkání s perinatální ztrátou. PA1 se ve svém příběhu soustředila na rozpor v tom, co si přejí rodiče, a co patří mezi běžné postupy ve zdravotnictví. PA2 hovořila o situaci, která pro ni byla velice těžká, a kterou si dodnes vyčítá. PA3 se zaměřila převážně na to, co jí pacientky, které přišli do porodnice s mrtvým dítětem v děloze, říkaly a na co se jí ptaly.

Další otázkou jsme chtěli prozkoumat, co je pro respondentky z hlediska péče o ženu procházející perinatální ztrátou nebo péče o mrtvého novorozence, nejtěžší. PA1 hovořila o tom, jak těžké pro ni bylo pochopit, že něco jako ztráta dítěte se může stát. Přemýšlela o tom, že žena se na dítě těší, má doma všechno připravené, a po porodu přijde domů do prázdného domova. Dále porodní asistentka mluvila o tom, že obzvláště náročná je pro ni druhá doba porodní, kdy musí ženu podpořit, ale zároveň si musí dávat pozor, aby to nebylo příliš, vzhledem k tomu, že žena rodí mrtvé dítě. Komunikace je pro ni v tomto ohledu těžká. Zmiňovala také, že pro ni bylo náročné přerušit rodiče v loučení se s dítětem, aby mohla dítě zvážit, změřit apod. Čas na loučení jí přišel velmi krátký. PA2 uvedla, že často na zemřelé děti mluví, což sama zhodnotila jako možný způsob obrany, jelikož jí je ztráta dítěte vždy velice líto. Z hlediska péče o rodičku porodní asistentka vnímá, že je těžké vypořádat se zejména s tím, že i když ženě nabízí pochopení a empatii, žena tomu nevěří, cítí se sama a do poslední chvíle věří, že se zdravotníci spletli a její dítě žije. Porodní asistentka uvedla, že po nějaké době se naučila tyto situace lépe zvládat, ale ze začátku to pro ni bylo velmi náročné. Pro PA3 bylo nejtěžší, že se výše již zmíněná žena, se kterou se setkala na příjmu porodního sálu, ptala na mnoho otázek, na které jí porodní asistentka nemohla odpovědět. Porodní asistentku také napadalo, že si to, že její dítě zemřelo, bude žena do konce života vyčítat. Další aspekt, který byl pro PA3 náročný, byla péče o ženu, která byla velice nepřístupná a chtěla mít porod rychle za sebou a odejít. Porodní asistentka uvedla, že nevěděla, jak má ženu navést na to, že je důležité, aby se se svým dítětem rozloučila.

V rámci této průzkumné otázky jsme se ptali, jakým způsobem se porodní asistentky vypořádávají s náročnými situacemi, jakou perinatální ztráta je. PA1 mluvila o tom, že se potřebovala vyplakat, aby ze sebe dostala pocity, které setkání s touto situací vyvolaly. Dále uvedla, že jí pomáhá sport. Některé její kolegyně používají deník nebo blog, aby se mohly ze situace vypsát. Spolu s PA2 uvedly, že doporučují, aby zdravotníci

oddělovali svůj pracovní život od osobního, a pokusili se nechat pracovní věci v práci a nenosit si je domů. PA2 také uvedla, že jí pomáhá fyzická aktivita a manuální práce. PA3 pomáhá, když může sdílet se svými kolegyněmi a svou rodinou, nebo když může trávit čas na zahradě.

Zjistili jsme, že každá z porodních asistentek vnímá péči o ženu s perinatální ztrátou odlišně, pro každou z nich je důležitý a významný jiný aspekt péče. Některé z respondentek zmiňovaly, jak těžké pro ně bylo přijetí situace, že je možné, že dítě v děloze opravdu zemře. Zmíněn byl také rozpor nad tím, co sama porodní asistentka považuje za správné, a co je dle zvyklostí pracoviště prováděno. Mluvili jsme také o smutku a lítosti nad celou situací. Aspekty, které všechny tři porodní asistentky zmínily v reakci na naši otázku, co je pro ně v rámci péče o pacientku nejtěžší, vycházejí primárně z jejich empatie vůči rodičkám i zemřelým dětem, a snaže dělat vše tak, aby to pro ženu bylo to nejlepší a nejcitlivější. Jako to, co je dle respondentek v rámci péče o ženu rodící mrtvé dítě nejvíce obtížné, jsme vyhodnotili problematiku komunikace. Porodní asistentky uvedly, že v některých situacích nevěděly, jak s rodičkou správně hovořit, aby ji neranili nebo aby ji citlivě doporučili možnost rozloučení s dítětem. Respondentky se s těžkými situacemi tohoto typu nejčastěji vypořádávají fyzickou aktivitou, oddělením pracovního života od osobního, případně rozhovorem s okolím.

**Průzkumná otázka 3:** Cítí porodní asistentky podporu svého zdravotnického zařízení a týmu zdravotníků při setkání s perinatální ztrátou?

Verifikace v rozhovoru: otázka č. 6

Touto otázkou jsme chtěli zjistit, zda porodní asistentky cítí podporu zdravotnického týmu v případě, že pečují o ženu rodící mrtvé dítě. Všechny tři porodní asistentky uvedly, že si s kolegyněmi dokážou navzájem pomoci nebo si vyjít vstříc. PA1 navíc uvedla, že je důležité, aby si porodní asistentka dokázala o pomoc říct, pokud má pocit, že ji potřebuje. PA2 zmínila, že ne vždy jsou všichni členové týmu empatictí a nedokáží podpořit rodičku, natož ostatní personál.

Na základě odpovědí respondentek jsme shrnuli, že porodní asistentky se v rámci týmu cítí podporované, je však nutné zmínit, že ne všichni členové celého zdravotnického týmu jsou vždy schopni empatické podpory.

**Průzkumná otázka 4:** Jak vnímají porodní asistentky připravenost a reakci svých kolegů na setkání s ženou procházející perinatální ztrátou?

Verifikace v rozhovoru: otázka č. 7

Chtěli jsme zjistit, jak respondentky vnímají připravenost a jednání svých kolegů při péči o ženu s perinatální ztrátou. Respondentky PA1 a PA2 obě zmínily, že starší kolegyně mají často tendenci situaci zlehčovat, nebo příliš nepřemýšlejí nad tím, jak by se v dané situaci měli zachovat. Některé z nich stále zastávají názor, že je na ztrátu dítěte lepší co nejdříve zapomenou a jít dál. PA2 navíc uvedla, že pokud by na jejím pracovišti byl nabízen kurz týkající se perinatální ztráty, přihlásily by se spíše mladší kolegyně. PA1 také zmínila, že se domnívá, že s nástupem mladší generace se bude situace neustále zlepšovat. Navíc by se dle ní měl klást důraz nejen na porodní asistentky, ale i na všechny ostatní členy zdravotnického týmu, který s ženou, které zemře dítě, přijdou do kontaktu. PA3 hovořila o tom, že porodní asistentky jsou často lépe připravené než lékaři, jelikož mají s ženou bližší kontakt, zatímco lékaři se zabývají hlavně medicínskou stránkou věci. Zmínila, že na jejím pracovišti se kolegyně neustále vzdělávají. V rámci otázky č. 9, kdy mohly porodní asistentky k tématu dodat cokoli, co je ještě napadalo, hovořila PA3 o tom, že je nutné o tématu více hovořit, jelikož v naší společnosti není smrt stále dobře přijímána a je tendence spíše o ní nemluvit. To samé zmínila i PA1.

Na základě výpovědi respondentek jsme hodnotili, že v rámci jednání s ženou procházející perinatální ztrátou, mohou mít některé spíše profesně starší kolegyně tendenci situaci bagatelizovat a nedávat jí dostatečnou důležitost. Mladší porodní asistentky mají dle respondentek větší motivaci ke vzdělávání v této oblasti, a díky nim se může péče o ženu s perinatální ztrátou nadále zlepšovat.

**Průzkumná otázka 5:** Jsou si porodní asistentky vědomy podpůrných organizací a programů pro zdravotníky setkávající se s náročnou situací a využívají tyto možnosti?

Verifikace v rozhovoru: otázka č. 8

V rámci této průzkumné otázky jsme zjišťovali, zda porodní asistentky znají podpůrné instituce či programy pro zdravotníky, které zdravotníkům pomáhají se zvládnutím náročných situací v práci. Ptali jsme se, zda zdravotnická zařízení respondentek nabízí pomoc či podporu svým zaměstnancům, a zda se některá z nich něčeho takového někdy účastnila. V neposlední řadě nás zajímalo, zda existuje něco, co by porodní asistentky samy uvítaly. PA1 zmínila nový web [perinatálniztrata.cz](http://perinatálniztrata.cz), kde jsou

k dispozici kontakty na různé druhy pomoci pro zdravotníky, online linka a spousta vzdělávacích a nápomocných materiálů pro zdravotníky. V rámci zdravotnického zařízení, kde PA1 pracovala, je pro pacientky i zaměstnance k dispozici psycholog. Jako povinností zdravotníků ve vedoucích pozicích vnímá nutnost obecně zlepšit péči o zdravotníky. PA2 hovořila o peer programech, kdy vyškolení zdravotníci pomáhají svým kolegům se zvládnutím náročných situací. Ona sama s tímto programem měla dobrou zkušenost a nyní je vyškoleným peer poradcem. Uvedla, že u nich na pracovišti jsou tři vyškolení „peři“, jejich služeb není však moc využíváno, jelikož zdravotnické zařízení, ve kterém pracuje, zastává názor, že zdravotníci jsou profesionálové, a tudíž musí být schopni všechno sami zvládnout, a to i po psychické stránce. Dále hovořila o telefonních linkách, na které se může zdravotník obrátit, pokud potřebuje pomoci s praktickými věcmi týkající se perinatální ztráty. Domnívá se však, že pokud by zdravotník volající na tuto linku potřeboval psychickou pomoc a podporu, bylo by mu též pomoheno. Zmínila také pomoc psychologů z projektu Prázdná kolébka. V rámci zdravotnického zařízení, ve kterém pracuje, není přítomen kaplan ani psycholog, což vnímá velmi negativně. V rámci otázky č. 9, kdy mohly porodní asistentky k tématu dodat cokoli jiného, co považují za důležité, uvedla PA2, že by se zdravotníci měli v těchto náročných situacích více podporovat, a s tématem perinatální ztráty by se mělo více pracovat. PA3 si nebyla vědoma žádných podpůrných programů pro zdravotníky v rámci této problematiky. Uvedla, že jí osobně v těžké situaci pomohla supervize od její kamarádky. Zdravotnické zařízení, ve kterém pracuje nabízí pro pacientky služby psychologů, neví však, zda jich mohou využívat i zaměstnanci. Mluvila o tom, že její zdravotnické zařízení nabízelo skupinové supervize, neví však, zda se nakonec uskutečnily.

Vyhodnotili jsme, že první dvě porodní asistentky měli povědomí o podpůrných institucích a programech, které jsou zdravotníkům nabízeny. V rámci zdravotnických zařízení, v případě PA1 a PA3, je přítomen psycholog, PA3 si však nebyla vědoma, zda jeho služeb mohou využívat i zdravotníci. Ve zdravotnickém zařízení, kde pracuje PA2, není psycholog přítomen. Ze získaných rozhovorů usuzujeme že na psychickou podporu zdravotníků není v rámci zdravotnických zařízení kladen dostatečný důraz.

Dalším cílem bylo vyhledat dostupné formy pomoci, které mohou zdravotníci při setkání s perinatální ztrátou využívat. Využily jsme internetové vyhledávání pomocí konkrétních hesel.

**Cíl 2:** Pomocí internetu vyhledat dostupné formy pomoci, které mohou zdravotníci při setkání s perinatální ztrátou využívat.

V rámci našeho vyhledávání jsme dohledali 7 zdrojů. Jako nejpřínosnější z nich jsme zhodnotili webové stránky [perinatalniztrata.cz](http://perinatalniztrata.cz), kde jsou k dispozici zcela komplexní informace a materiály pro zdravotníky, kteří se v rámci své praxe setkávají s případy perinatální ztráty. Jako další zdroje jsme uvedli zejména krizové linky a centra, spolu s jejich telefonními kontakty. V neposlední řadě uvádíme i možnost skupinových supervizí pořádaných Unii porodních asistentek.

## 4 DISKUZE

Přestože četnost případů perinatálního úmrtí v České republice zůstává dle záznamů Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky na nízké úrovni, v roce 2018 dosahovala mrtvorozenost 3,35 ‰ a celková perinatální úmrtnost 4,42 ‰ (ÚZIS ČR, 2019), je důležité tomuto tématu věnovat dostatečnou pozornost a věnovat se vzdělávání a psychické podpoře zdravotníků, jelikož péče o ženu s mrtvým plodem, případně péče o zemřelého novorozence, znamená pro zdravotníky mnohem větší psychickou a emocionální zátěž než péče o ženu rodící živé dítě.

Významným zahraničním kvalitativním výzkumem zabývajícím se tímto tématem je výzkum Sonii Maríi Pastor Montero a kolektivu, uveřejněném v 19. ročníku časopisu *Revista Latino-Americana de Enfermagem* z roku 2011, kterého se účastnilo celkem 19 respondentů, z toho 9 zdravotních sester, 3 porodní asistentky, 5 pomocných ošetřovatelů a 2 porodníci. Tento výzkum zkoumal zkušenosti s perinatální ztrátou z perspektivy zdravotníků. Tento zdroj hodnotíme jako velice významný pro porovnávání výsledků našeho průzkumného šetření. Na základě našeho kvalitativního průzkumu jsme došli k názoru, že porodní asistentky se na setkání s perinatální ztrátou necítí připravené a uvítaly by lepší vzdělávání v rámci této problematiky, a to již za studia. Také v rámci tohoto zahraničního výzkumu respondenti uvedli, že jim během studia nebylo umožněno dozvědět se o strategiích poskytování podpory rodičům, a lepší vzdělávání by uvítali, ačkoli jeden z respondentů uvedl, že vzdělávání není potřeba, jelikož zdravotníci intuitivně ví, jak se v dané situaci chovat. (PASTOR MONTERO et al., 2011) Vzdělávání se tedy ukazuje jako důležitý aspekt v rámci poskytování péče při perinatální ztrátě. V rámci této otázky se výsledky shodují s naším prvotním předpokladem, že vzdělávání porodních asistentek je v rámci problematiky perinatálního úmrtí podceňováno a porodní asistentky se musí samovzdělávat primárně z vlastní iniciativy. Vystávajícím problémem zde vidíme, že ne všechny porodní asistentky jsou dostatečně motivované se vzdělávat. PA2 v průzkumu uvedla, že pokud by v rámci jejího pracoviště byl porodním asistentkám nabízen kurz zabývající se perinatální ztrátou, účastnily by se zejména mladší porodní asistentky. I v rámci našeho průzkumu pouze jedna porodní asistentka zmínila, že se z vlastní iniciativy účastnila kurzů na toto téma. Dle výzkumu provedeného Soo Downe, Ellie Schmidt, Carol Kingdon a kolektivem, uveřejněném v roce 2013 v rámci

lékařského časopisu BMJ Open, byly zkoumány zkušenosti rodičů prožívající ztrátu dítěte. Výzkumu se účastnilo 22 rodin. Respondenti hovořili o tom, jak jejich interakce s nemocničním personálem měla zásadní dopad na jejich schopnost vyrovnat se s celou situací, a to jak během porodu, tak z dlouhodobého hlediska. Pozitivní vzpomínky a dopady na rodiče po narození mrtvého dítěte závisí stejně tak na starostlivém přístupu a chování personálu, jako na kvalitních klinických postupech. (DOWNE, SCHMIDT, KINGDON et al., 2013) Z výsledků tohoto výzkumu usuzujeme, jak důležité, v rámci poskytování kvalitní péče při péči o ženu rodící mrtvé dítě, je zabývat se nejen samotnými klinickými postupy, ale i tréninkem zdravotníků ve schopnosti jednat vždy tak, aby mělo jejich chování na rodiče pozitivní dopad.

Druhou porovnávanou položkou byl způsob, jakým zdravotníci setkání s perinatální ztrátou prožívají. Před začátkem průzkumu jsme předpokládali, že péče o ženu s perinatální ztrátou představuje pro porodní asistentky a celý zdravotnický tým velkou zátěž, a ne každý zdravotník si s ní dokáže poradit natolik, aby byly zachovány zásady empatické a kvalitní péče o rodičku. Účastníci výzkumu Pastor Monteiro a kolektivu zmiňovali pocity zaplavení zármutkem, frustrací nebo beznadějí. Tyto situace na ně měli silný emoční dopad, jelikož zdravotníci nemusí čelit pouze vlastním pocitům, ale vnímají také emoce rodičů. Reakcí na tuto situaci často bývá snaha se jí úplně vyhnout, aby bylo možné kontrolovat profesní stres. Účastníci výzkumu také hovořily o tom, že konfrontace se smrtí je pro ně obtížná, další mluvili o tom, že nevědí, co v dané situaci říct. (PASTOR MONTERO et al., 2011) Při posuzování pocitů zdravotníku jsme vzali v úvahu individualitu každého jedince. I v našem průzkumu se ukázalo, že každá z respondentek soustředí svou pozornost na různé aspekty péče a cítí různé emoce. Společným znakem obou průzkumů jsou však pocity smutku a lítosti, stejně tak jako obavy o správné formě komunikace s rodičkou. Společně zmíněným problémem je také, co se zdravotníků a společnosti obecně týče, nepříliš dobře zvládnutá schopnost čelit a přijímat smrt. V našem průzkumu toto téma zmínily PA1 a PA3. Je nutné vzít v úvahu, že všechny tři respondentky vykazovaly velmi silné známky empatie a dobré sociální inteligence, nebyl pro ně problém mluvit o svých pocitech a kriticky sebereflektovat vlastní pocity a činnosti. Můžeme se domnívat, že naše zjištění by se mohla lišit v případě, že bychom zvolili jiné respondenty, zejména pokud by vykazovaly některé známky maladaptivních metod zvládání stresových situací.



Abychom porovnali další výsledky našeho kvalitativního průzkumu, pokoušeli jsme se vyhledat jiné bakalářské práce, které by se věnovaly tématu perinatální ztráty a zohledňovaly dopady na zdravotníky. Toto kritérium splňovala bakalářská práce Subjektivní prožívání perinatální ztráty porodními asistentkami autorky Evy Tóthové z roku 2018. Průzkumného šetření v rámci této práce se účastnilo 5 porodních asistentek. Pro porovnání výsledků našeho průzkumu a průzkumu Evy Tóthové jsme použili otázku týkající se povědomí porodních asistentek o podpůrných systémech a dalších programech týkajících se psychosociální pomoci v rámci konkrétního zdravotnického zařízení. Výsledky průzkumu autorky uvádí, že žádná z respondentek neměla dostatečné povědomí o podpůrném programu, který by byl v rámci nemocnice nabízen zdravotnickým pracovníkům. Respondentky zmínily pouze klinickou psycholožku, kterou je možné navštívit. (TÓTHOVÁ, 2018) V tomto ohledu se výsledek našeho průzkumu, konkrétně odpovědi na průzkumnou otázku č. 5, shodoval. Jako rozdílné vnímáme pouze to, že ne všechny respondentky našeho průzkumu mají v rámci svého zdravotnického zařízení psychologa k dispozici, nebo nevědí, zda jeho služeb mohou využívat i zdravotníci, nejen pacienti. Předpokládali jsme, že služby psychologa jsou k dispozici ve všech zařízeních, alespoň v rámci poskytování psychické podpory pacientů. Překvapilo nás, že v rámci nemocnice, kde pracuje PA2, není k dispozici vůbec. Dalším předpokladem bylo, že skupinové supervize nejsou v rámci nemocničních zařízení příliš využívány. Tuto domněnku potvrdily všechny tři respondentky. PA1 uvedla, že v rámci jejího pracoviště fungují pouze skupinové supervize pro adaptaci v novém zaměstnání, nikoli pro řešení složitých pracovních situací. PA3 hovořila o tom, že její zaměstnavatel skupinové supervizi nabízel, nevěděla však, zda se uskutečnily nebo zda pokračují. Z tohoto výroku usuzujeme, že v rámci tohoto zařízení nebyl o supervize dostatečný zájem, nebo nebyly zdravotníkům dostatečně nabízeny. Domníváme se, že úlohou vedoucích pracovníků by mělo být tyto služby zaměstnancům poskytovat, a dostatečně zaměstnance motivovat a podporovat k jejich využívání. PA2 skupinové supervize nezminila, avšak hovořila o tom, že v rámci zdravotnického zařízení, kde pracuje, není podpora zdravotníků hlavní prioritou, spíše jsou zaměstnanci vedeni k tomu, že všechny své problémy a pocity musí zvládnout sami.

Při zjišťování oblíbených metod pro zvládání stresu a obtížných situací uvedly respondentky našeho průzkumu hlavně fyzickou aktivitu, rozhovory s rodinou a přáteli, relaxace na zahradě, potřebu ventilovat své emoce a nutnost oddělení pracovního

a osobního života, což může být v určitých situacích velice náročné. Naše zjištění se shodují s průzkumem Tóthové, která uvádí – „*Každá z respondentek zahrmla ve svém výčtu nespočet aktivit, které obsahovaly rodinu, posezení s přáteli, sport, procházky, poslech hudby, pobyt v přírodě apod. Z pohledu výzkumníka již méně vhodnou odezvou byly výroky směřující ke schopnosti oddělit pracovní a osobní život. Většina respondentek není schopna vymezit si přesnou hranici. Nechávací se do značné míry ovlivnit svou prací i v osobním životě, což může přinést v budoucnu značné komplikace, kterých si jsou samy respondentky vědomy.*“ (TÓTHOVÁ, 2018, s. 63)

Ostatní bakalářské práce týkající se tématu perinatální ztráty jsme bohužel nemohli do porovnávání zařadit, jelikož se netýkaly přímo otázky subjektivního prožívání porodních asistentek. Shledali jsme, že odborných prací na toto téma je v České republice i zahraničí velice málo a je zde veliký prostor pro další zpracovávání tématu subjektivního prožívání porodních asistentek v rámci setkání s perinatální ztrátou, ale i dalších náročných situací vyvstávajících v praxi zdravotníka. Tento problém zaznamenala i Tóthova během tvorby literární rešerše k její práci. Uvádí – „*Převážná většina literatury se zaměřuje na prožívání pouze z pohledu truchlící rodiny a zdravotnický personál je v tomto případě ponechán trochu stranou.*“ (TÓTHOVÁ, 2018, s. 66)

## **4.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI**

Vzhledem k negativnímu zjištění, že ani jedna z respondentek se necítila připravená na setkání s perinatální ztrátou, jelikož v rámci studia bylo tomuto tématu věnováno velice málo času a důležitosti, vidíme velký potenciál právě ve změně konceptu vzdělávání, a to zejména v předmětech komunikace a psychologie. Důraz by měl být kladen na procvičování komunikačních dovedností s praktickým nácvikem a ukázkami nevhodných metod při komunikaci s truchlící rodičkou. V rámci zaměstnání by dále mělo být další vzdělávání se zaměřením na tuto oblast maximálně podporováno. Zdravotníci by měli být vedeni k porozumění, jak moc je důležité vědět, jak se v dané situaci zachovat, a to nejen z hlediska poskytování kvalitní péče, ale i z hlediska kvality osobního života porodních asistentek a jejich dobré pracovní adaptace a morálky, jelikož náročné a stresující situace mohou mít na zdravotníky obrovský dopad.

Jako další doporučení, které bychom chtěli vůči zaměstnavatelům a vedoucím pracovníkům ve zdravotnictví vznést, je nutnost více se věnovat duševnímu zdraví zaměstnanců, nabízet jim podpůrné programy jako např. skupinové nebo osobní

supervize, konzultace s nemocničním psychologem apod. Porodní asistentky, lékaři a ostatní členové zdravotního týmu, by měli být s těmito možnostmi dobře obeznámeni a zaměstnavatelé by měli usilovat o to, aby zdravotníci těchto služeb využívali. Domníváme se, že lepší psychosociální zázemí zaměstnanců v rámci zaměstnání může vést ke zlepšení celkové nálady zdravotnických týmů, zlepšení vztahů v rámci kolektivu, a v neposlední řadě také ke zkvalitnění poskytované péče.

I mimo zdravotnická zařízení je vhodné nabízet zdravotníkům způsoby zvládání náročných situací, poskytovat užitečné informace a pomoc v oblasti perinatální ztráty. Některé z nich se nám v rámci provedeného průzkumu podařilo vyhledat. Uvítali bychom, kdyby se tyto složky pomoci dostali do lepšího povědomí zdravotnické veřejnosti a byli častěji využívány.

V neposlední řadě vnímáme velký nedostatek odborné literatury zabývající se subjektivním prožíváním porodních asistentek v reakci na zátěžové situace, mimo jiné tedy i perinatální ztrátu. Doporučujeme, aby toto téma bylo nadále prozkoumáváno v rámci odborných publikací a kvalitativních výzkumů.

## ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zaměřuje na téma prožívání a připravenosti porodních asistentek na setkání s perinatálním úmrtím

Cílem teoretické části bylo vyhledat a nastudovat odborné materiály zabývající se touto problematikou. Práce se nejprve zabývá problematikou perinatální ztráty z medicínského hlediska. Zaměřili jsme se na příčinu vzniku nitroděložního a časného novorozeneckého úmrtí, určení této příčiny, diagnostiku, vedení porodu mrtvého plodu a v neposlední řadě také na truchlení a rozloučení s dítětem. Druhou velkou kapitolu tvoří část pojednávající o zvládání náročných situací v praxi porodní asistentky, jaké nároky jsou na zdravotníky kladeny a jaké mechanismy při zvládání náročných situací používají. V této části jsme se věnovali i vzdělávání a podpoře zdravotníků.

V rámci praktické části jsme provedli kvalitativní průzkum pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Cílem praktické části bylo zjistit, jak dobře připravené se porodní asistentky na setkání s perinatální ztrátou cítí, jak takovou situaci prožívají a jakým způsobem se se svými prožitky vypořádávají, jak dobře jsou podporovány v rámci svým pracovišť, jak hodnotí připravenost svých kolegů na setkání s perinatální ztrátou a zda jsou si vědomy podpůrných programů, které jsou zdravotníkům v rámci tohoto tématu nabízeny. Zjistili jsme, že v rámci prvního setkání respondentek s perinatální ztrátou se ani jedna necítila dobře připravena. Velký důraz by zde měl být kladen na poskytování kvalitního vzdělávání, nejen v rámci pregraduálního studia, ale i v rámci zdravotnických zařízení. Každá z respondentek prožívá setkání s perinatální ztrátou jinak, společnými znaky, které uvedly všechny respondentky, byly pocity smutku a lítosti nad situací a dále pak obavy z toho, jak s pacientkou správně komunikovat. Každá z respondentek uvedla své oblíbené metody pro zvládání náročných situací. Dalším zjištěním bylo, že respondentky cítí podporu v rámci svých pracovních týmů, negativním zjištěním bylo však to, že samotná zdravotnická zařízení poskytují jen velmi malou podporu zaměstnancům, kteří se v zaměstnání setkávají s náročnými situacemi. Připravenost svých kolegů na tuto situaci zhodnotily respondentky individuálně, objevily jsme však společný znak, který poukazuje na to, že zájem o další vzdělávání a poskytování citlivé a empatické péče vychází z iniciativy spíše mladších porodních asistentek, přičemž pracovně starší porodní asistentky mohou mít problém s upuštěním od dřívějších modelů poskytované péče, na které je nyní pohlíženo jako na nesprávné. Na

závěr jsme zjistili, že respondentky mají určité povědomí a podpůrných organizací a programech, domníváme se však, že tyto programy nejsou veřejně dostatečně známy a využívány.

Druhým cílem praktické části bylo pomocí internetu vyhledat dostupné formy pomoci a dalších informací, které mohou zdravotníci při setkání s perinatální ztrátou využívat. Podařilo se nám vyhledat několik kvalitních zdrojů, které mohou zdravotníkům v rámci péče o pacientku s perinatální ztrátou pomoci.

Třetím a posledním cílem bylo vytvoření informačního letáku, který je určen porodním asistentkám, zdravotníkům a jiným profesím, které se setkávají s případy perinatální ztráty. Tento leták obsahuje praktické rady pro zvládání náročných a stresových situací, a může být zdravotnickou veřejností plně využíván.

Všechny cíle, které jsme si v rámci zpracovávání této bakalářské práce stanovili, byly splněny.

## SEZNAM LITERATURY

*Centrum sociálních služeb Praha*. [online]. Krizové centrum RIAPS (krizová intervence a psychologická podpora). [cit. 2021-05-16].

Dostupné z: <https://www.csspraha.cz/krizove-centrum-riaps-krizova-intervence-a-psychologicka-podpora>

ČGPS ČLS JEP, 2019. Porod mrtvého plodu. *Doporučené postupy ČGPS ČLS JEP*. [online]. In: Sbíрка doporučených postupů č. 8/2019. [cit. 2021-03-15].

Dostupné z: <https://www.gynultrazvuk.cz/data/clanky/6/dokumenty/2019-08-porod-mrtveho-plodu-dp-cgps-cls-jep-revize.pdf>

DOWNE, S., E. SCHMIDT, C. KINGDON, A. E. HEAZELL, A. E., 2013. Bereaved parents' experience of stillbirth in UK hospitals: a qualitative interview study. *BMJ open*. [online]. Únor 2013, roč. 3, č. 2. [cit. 2021-03-30]. ISSN 2044-6055.

Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3586079/>

HÁJEK, Z., E. ČECH a K. MARŠÁL a kol., 2014. Porodnictví. 3. zcela přeprac. a doplň. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4529-9.

JEŽOVÁ, M., J. FEIT a kol., 2013. Perinatální úmrtnost. *Atlas patologie novorozence*.

[online]. [cit. 2021-03-02]. Dostupné z:

[https://atlases.muni.cz/atlases/novo/atl\\_cz/novorperinatumrt.html#sectionlabel\\_novorperinatumrt](https://atlases.muni.cz/atlases/novo/atl_cz/novorperinatumrt.html#sectionlabel_novorperinatumrt)

KENWORTHY, Doreen a Mavis KIRKHAM, 2011. *Midwives Coping with Loss and Grief: Stillbirth, Professional and Personal Losses*. London: Routledge. ISBN 978-18-4619-388-0.

KOPŘIVA, Karel, 2011. *Lidský vztah jako součást profese: s předmluvou Jiřiny Šiklové*. 6. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-922-4.

MIKOTOVÁ, Andrea, 2016. Náročná životní situace a jejich zvládání. [online]. [cit. 2021-04-12]. Dostupné z: <https://is.muni.cz/el/1411/jaro2016/MPPH081p/Coping.pdf>

MVČR. [online]. Adresář pomoci. *Telefonní informační a krizové linky a online pomoc v České republice*. [cit. 2021-05-19]. Dostupné z: <https://www.mvcr.cz/clanek/adresar-pomoci-telefonni-informacni-a-krizove-linky-a-online-pomoc-v-ceske-republice.aspx>

MZČR. [online]. Linka kolegiální podpory pro pracovníky ve zdravotnictví. Říjen 2021 [cit. 2021-05-16]. Dostupné z: <https://koronavirus.mzcr.cz/linka-kolegialni-podpory-pro-pracovniky-ve-zdravotnictvi/>

*Newborn death and illness*. [online]. The partnership for Maternal, Newborn & Child Health. Poslední úpravy: 13. října, 2011. [cit. 13. 3. 2021]. Dostupné z: [https://www.who.int/pmnch/media/press\\_materials/fs/fs\\_newborndearth\\_illness/en/](https://www.who.int/pmnch/media/press_materials/fs/fs_newborndearth_illness/en/)

OREL, M. a kol., 2016. Psychopatologie: nauka o nemocech duše. 2. aktualiz. a doplň. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5516-8.

PASTOR MONTERO, S. M. et al., 2011. Experiences with perinatal loss from the health professionals perspective. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [online]. Prosinec 2011, roč. 19, č. 6. [cit. 2021-04-02], ISSN 1518-8345. Dostupné z: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692011000600018&lng=en&nrm=iso](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000600018&lng=en&nrm=iso)

*Perinatální ztráta*. [online]. Unie porodních asistentek, z.s. 2021 [cit. 2021-05-16]. Dostupné z: <https://www.perinataliztrata.cz/>

*Prázdná kolébka*. [online]. Projekt o.s. Dlouhá cesta. [cit. 2021-05-16]. Dostupné z: <http://www.prazdnakolebka.cz/>

PROCHÁZKA M., A. MĚCHUROVÁ, P. ČEPICKÝ, P. CALDA, 2014. Vedení porodu mrtvého plodu-doporučený postup. [online] [cit. 2021-03-07]. Dostupné z: <https://www.gynultrazvuk.cz/data/clanky/6/dokumenty/p-2014-vedeni-porod-mrtveho-plodu.pdf>

PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK, 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3976-2.

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

ROZTOČIL, Aleš, 2017. *Moderní porodnictví*. 2. přeprac. a doplň. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5753-7.

*SCS. ABZ.CZ Slovník cizích slov* [online]. Ostrava: ABZ knihy, poslední úpravy 2021 [cit. 2021-4-10]. Dostupné z: <https://slovník-cizich-slov.abz.cz/>

- SCHOTT, J., A. HENLEY, N. KOHNER, A. HUNTER, 2016. Pregnancy loss and the death of a baby: Guidelines for professionals. London, Tantamount. ISBN 978-1-909929-16-6. [online]. [cit. 2021-03-30]. Dostupné z: <http://www.londonneonatalnetwork.org.uk/wp-content/uploads/2015/09/Sands2016-Guidelines-2016th-editionPDF.pdf>
- SIASSAKOS, D. et al. 2010. Management of late intrauterine fetal death and stillbirth. Green-top Guideline No.55. *Royal College of Obstetricians and Gynecologists*. [online]. [cit. 2021-03-25]. Dostupné z: [https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg\\_55.pdf](https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg_55.pdf)
- SYMONDS, Ian a Sabaratnam ARULKUMARAN, 2013. Essential Obstetrics and Gynaecology. 5th Edition. Londýn: Churchill Livingstone. ISBN 978-07-020-3076-5.
- ŠPAŇHELOVÁ, Ilona, 2015. Prázdná kolébka: jak překonat ztrátu dítěte před porodem nebo těsně po něm. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0942-3.
- TAKÁCS, L., D. SOBOTKOVÁ a L. ŠULOVÁ, a kol, 2015. Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5127-6.
- TÓTHOVÁ, E., 2018. *Subjektivní prožívání perinatální ztráty porodními asistentkami*. [online] Praha: Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta. Bakalářská práce. [cit. 2021-05-16]. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/99535/130227544.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Unie porodních asistentek*. [online]. Supervize. 2021. Praha. [cit. 2021-05-16]. Dostupné z: <https://www.unipa.cz/porodni-asistentky/supervize/>
- ÚZIS ČR, 2019. *Narození a zemřelí do 1 roku 2018*. [online]. [cit. 2021-03-02]. ISSN 1211-071X. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008279/narzem2018.pdf>
- Velký lékařský slovník*. [online]. Praha: Maxdorf, poslední úpravy 2021. [cit. 2021-4-10]. Dostupné z: <http://lekarske.slovníky.cz/>
- VENGLÁŘOVÁ, M. a kol., 2013. Supervize v ošetrovatelské praxi. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4082-9.
- VODÁČKOVÁ, D. a kol., 2012. Krizová intervence. 3. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0212-7.



YALOM, Irvin D., 2020. Existenciální psychoterapie. 2. vyd. Z angl. orig. přel. Ivo Müller. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1587-5.

# PŘÍLOHY

Příloha A – Informační leták	II
Příloha B – Informované souhlasy	III
Příloha C – Rešerše	VI
Příloha D – Čestné prohlášení	X

## Příloha A Informační leták



### Setkání s perinatální ztrátou aneb nemusím být na vše sama

leták pro zdravotníky



Na koho se můžu obrátit?

- ❖ Psycholog, terapeut, kaplan nebo peer poradce
- ❖ Krizové linky
  - ☎ Linka kolegiální podpory pro pracovníky ve zdravotnictví - 530 331 122, 530 331 131 NONSTOP provoz
  - ☎ Pražská linka důvěry - 222 580 697 NONSTOP provoz
  - ☎ SOS centrum Diakonie - 777 734 173, 222 514 040, provoz 9-22h
  - ☎ Linka první psychologické pomoci 116 123 NONSTOP provoz
- ❖ Krizové centrum RIAPS

Tato brožura vznikla jako součást bakalářské práce na téma Perinatální úmrtí z pohledu porodní asistentky.

Autor: Julie Sedláková  
2021



Ztráta miminka bývá pro rodiče velice bolestivou a náročnou situací. Velmi málo se však mluví o tom, jak moc může tato situace zasáhnout i porodní asistentky a další zdravotníky, kteří o ženu a její dítě pečují.

Tato brožura slouží jako rychlý pomocník v těžkých chvílích, obsahuje tipy a rady, co dělat a na koho se obrátit v případě, že vás cokoli v rámci péče o ženu procházející perinatální ztrátou zaskočí, pokud cítíte, že na vás situace nepříjemně doléhá, cítíte smutek, frustraci, naštvání a potřebujete danou situaci lépe zpracovat a cítit se lépe.

*„V bolesti není nic bolestnějšího než to, potlačuje-li se její projev. Slzy, jež polykáme, jsou mnohem trpčí těch, které proléváme.“*

- Marcus Tullius Cicero

### Kde najdu praktické informace související s perinatální ztrátou?

- ❖ [perinatalniztrata.cz](http://perinatalniztrata.cz) – webová stránka poskytující komplexní informace o postupech v rámci perinatální ztráty, dalším vzdělávání, tipy a doporučení pro sebepečí a kontakty na informační a krizové linky pro zdravotníky.
- ❖ [prazdnakolebka.cz](http://prazdnakolebka.cz) – webová stránka poskytující informace ohledně péče o rodiče procházející perinatální ztrátou, možnost objednání informačních materiálů na toto téma a další.

### Co pro sebe můžu sám/sama udělat?

- ❖ Vzdělávejte se
- ❖ Buďte všímaví ke svým potřebám
- ❖ Buďte k sobě vřelí a laskaví, povzbuďte se
- ❖ Sdílejte a mluvejte o svých pocitech s ostatními
- ❖ Udělejte pro sebe něco hezkého
- ❖ Zaspórujte si nebo jděte do přírody
- ❖ Najděte si klidné místo, vydechněte, relaxujte
- ❖ Zúčastněte se skupinové supervize
- ❖ **Nebojte se říct si o pomoc!**

## Příloha B Informované souhlasy

### Informovaný souhlas

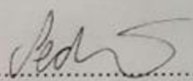
Vážená paní,

Žádám Vás o poskytnutí souhlasu k rozhovoru k bakalářské práci, týkající se tématu „Perinatální úmrtí z pohledu Porodní asistentky“.

Souhlas se vztahuje na poskytnutí audiozáznamu z rozhovoru.

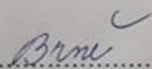
Zaručuji Vám, že údaje Vámi poskytnuté budou zpracovány pouze pro potřeby této bakalářské práce a nebudou použity jinak.

Zaručuji také naprostou anonymitu a možnost kdykoli z výzkumu odstoupit.

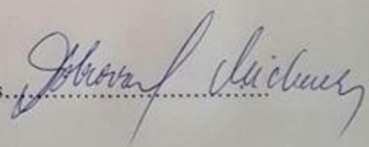
Podpis.....

Julie Sedláková

Podle zákona 101/2000Sb. o ochraně osobních údajů ve znění pozdějších předpisů uděluji souhlas s účastí v uvedeném výzkumném projektu a s poskytnutím výzkumného materiálu.

V. 

Dne... 24. 5. 2021

Podpis.....

## Informovaný souhlas

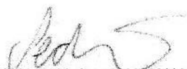
Vážená paní,

Žádám Vás o poskytnutí souhlasu k rozhovoru k bakalářské práci, týkající se tématu „Perinatální úmrtí z pohledu Porodní asistentky“.

Souhlas se vztahuje na poskytnutí audiozáznamu z rozhovoru.

Zaručuji Vám, že údaje Vámi poskytnuté budou zpracovány pouze pro potřeby této bakalářské práce a nebudou použity jinak.

Zaručuji také naprostou anonymitu a možnost kdykoli z výzkumu odstoupit.

Podpis.....

Julie Sedláková

Podle zákona 101/2000Sb. o ochraně osobních údajů ve znění pozdějších předpisů uděluji souhlas s účastí v uvedeném výzkumném projektu a s poskytnutím výzkumného materiálu.

V.....

Dne.....*1.4.2021*.....

Podpis.....

## Informovaný souhlas

Vážená paní,

Žádám Vás o poskytnutí souhlasu k rozhovoru k bakalářské práci, týkající se tématu „Perinatální úmrtí z pohledu Porodní asistentky“.

Souhlas se vztahuje na poskytnutí audiozáznamu z rozhovoru.

Zaručuji Vám, že údaje Vámi poskytnuté budou zpracovány pouze pro potřeby této bakalářské práce a nebudou použity jinak.

Zaručuji také naprostou anonymitu a možnost kdykoli z výzkumu odstoupit.

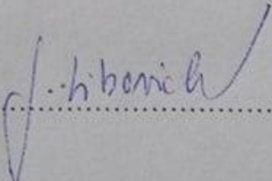
Podpis.....

Julie Sedláková

Podle zákona 101/2000Sb. o ochraně osobních údajů ve znění pozdějších předpisů uděluji souhlas s účastí v uvedeném výzkumném projektu a s poskytnutím výzkumného materiálu.

V.....  
číslovicích

Dne.....  
1.5.2021

Podpis.....



## Perinatální úmrtí z pohledu porodní asistentky

### **Klíčová slova:**

Perinatální úmrtí, porod mrtvého plodu, porodní asistentka, perinatální paliativní péče

### Rešerše č. 12/2021

### **Bibliografický soupis**

<b>Počet záznamů:</b>	<b>celkem 35 záznamů</b> (kvalifikační práce – 4, monografie – 17, ostatní – 14)
<b>Časové omezení:</b>	2010 - současnost
<b>Jazykové vymezení:</b>	čeština, slovenština, angličtina
<b>Druh literatury:</b>	knihy, články a příspěvky ve sborníku
<b>Datum:</b>	13. 2. 2021

### **Základní prameny:**

- katalog Národní lékařské knihovny ([www.medvik.cz](http://www.medvik.cz))
- Souborný katalog ČR ([www.caslin.cz](http://www.caslin.cz))
- Informační portál MedLike ([www.medvik.cz/medlike](http://www.medvik.cz/medlike))
- Databáze vysokoškolských prací ([www.theses.cz](http://www.theses.cz), [www.cuni.cz](http://www.cuni.cz))
- Jednotný portál knihoven ([www.knihovny.cz](http://www.knihovny.cz))
- PubMed (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>)

## KVALIFIKAČNÍ PRÁCE:

1. DUBOVÁ, Hana, 2018. *Prožívání těhotenství po perinatální ztrátě* [online]. Olomouc [cit. 2021-03-09]. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd. Dostupné z: <<https://theses.cz/id/11b0sf/>>.
2. BURIANOVÁ, Kateřina, 2018. *Perinatální ztráta pohledem porodních asistentek* [online]. Ostrava [cit. 2021-03-09]. Diplomová práce. Ostravská univerzita, Lékařská fakulta. Dostupné z: <<https://theses.cz/id/yfby1c/>>.
3. SÝKOROVÁ, Eva, 2018. *Perinatální ztráta z pohledu porodních asistentek* [online]. České Budějovice [cit. 2021-03-09]. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Dostupné z: <<https://theses.cz/id/53q4p5/>>.
4. ŠOBOVÁ, Markéta, 2020. *Perinatální paliativní péče a zkušenosti rodin a zdravotníků* [online]. Olomouc [cit. 2021-03-09]. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd. Dostupné z: <<https://theses.cz/id/jc4slw/>>.

## KNHY A MONOGRAFIE:

1. BINDER, Tomáš a Blanka VAVŘINKOVÁ, 2016. *Porodnictví: pro porodní asistentky*. Ústí nad Labem: Univerzita J.E. Purkyně, Fakulta zdravotnických studií. Monografie. ISBN 978-80-7561-020-1.
2. BOREK, Ivo, 2012. Základní pojmy a definice v neonatologii, perinatální medicína. In: *Intenzivní péče o novorozence*. s. 19-22. ISBN 978-80-7013-547-1.
3. DUŠOVÁ, Bohdana, Martina HERMANNOVÁ a Vladimíra MAJDYŠOVÁ, 2019. *Potřeby žen v porodní asistenci*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0837-4.
4. DUŠOVÁ, Bohdana, Martina HERMANNOVÁ, Eva JANÍKOVÁ a Radka SALOŇOVÁ, 2019. *Edukace v porodní asistenci*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0836-7.
5. GLEASON, Christine A. a Sandra E. JUUL, ed., [2018]. *Avery's diseases of the newborn*. 10th edition. Philadelphia: Elsevier. ISBN 978-0-323-40139-5.
6. JIRÁNKOVÁ, Veronika, 2015. *70 dní*. Praha: Jonathan Livingston. ISBN 978-80-7551-003-7.
7. PROCHÁZKA, Martin, [2020]. *Porodní asistence*. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-618-4.



8. RATISLAVOVÁ, Kateřina, 2016. *Perinatální paliativní péče: péče o ženu a její rodinu, rituály rozloučení, proces truchlení a vyrovnávání se ztrátou*. Praha: Grada Publishing. Psyché. ISBN 978-80-271-0121-4.
9. ROZTOČIL, A., 2017. Porod mrtvého plodu. In: ROZTOČIL, A. et al. *Moderní porodnictví*. 2. vyd. Praha: Grada, s. 656. ISBN 978-80-247-5753-7.
10. SCHOTT, J. et al., 2016. *Pregnancy loss and the death of a baby: Guidelines for professionals*. London: Tantamount. ISBN 978-1-909929-16-6.
11. SLEZÁKOVÁ, Lenka et al., 2011. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3373-9.
12. STRAŇÁK, Zbyněk a Jan JANOTA, 2015. *Neonatologie*. 2. přepr. a rozš. vyd. Praha: Mladá fronta. Aeskulap. ISBN 978-80-204-3861-4.
13. STRAŇÁK, Zbyněk, Jana CHRÁSKOVÁ a Ludmila LAMPLOTOVÁ, 2014. *Základy neonatologie pro porodní asistentky*. 2. vyd. Ústí nad Labem: Univerzita Jana Evangelisty Purkyně, Fakulta zdravotnických studií. Skripta. ISBN 978-80-7414-727-2.
14. ŠPAŇHELOVÁ, Ilona, 2015. *Prázdná kolébka: jak překonat ztrátu dítěte před porodem nebo těsně po něm*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0942-3.
15. ŠTEMBERA, Zdeněk, Jaroslava DITTRICHOVÁ a Daniela SOBOTKOVÁ, 2014. *Perinatální neuropsychická morbidita dítěte*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2168-5.
16. TAKÁCS, Lea a Jitka MLÍKOVÁ SEIDLEROVÁ, 2012. *Psychosociální aspekty v současném českém porodnictví: kvalita perinatální péče očima rodiček*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Filozofická fakulta. ISBN 978-80-7308-431-8.
17. TAKÁCS, Lea, SOBOTKOVÁ, Daniela a Lenka ŠULOVÁ, ed., 2015. *Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5127-6.

## ČLÁNKY A SBORNÍKY:

1. DOHNALOVÁ, Zdeňka a Eva PAVLÍKOVÁ, 2011. Psychosociální podpora předčasně porodivších žen po úmrtí novorozence. *Florence*. 7(1), 21-27. ISSN 1801-464X.
2. DOUCHA, Marie, 2014. Konfrontace porodní asistentky se smrtí. *Zdravotnictví a medicína. Sestra*. 2014(15), 31. ISSN 2336-2987.
3. DROBNÍKOVÁ, Aneta, 2018. Abrupce placenty vedoucí k intrauterinnímu úmrtí plodu v graviditě 33. týdne. *Aktuální gynekologie a porodnictví* [online]. 10, 1-3 [cit. 2021-03-09]. ISSN 1803-9588. Dostupné z: <http://www.actualgyn.com/en/index.php>

4. HARUŠTIAKOVÁ, Lucia a Martina HRÁSKÁ, 2014. Občanské sdružení "Dlouhá cesta" - možnosti podpory rodičů po ztrátě dítěte. *Neonatologické listy*. **20**(2), 34. ISSN 1211-1600.
5. HOLMQUIST, Iva a Vanda BOŠTÍKOVÁ, 2019. Pregnancy related maternal mortality – contemporary perspectives. *Vojenské zdravotnické listy*. **88**(1), 19-25. ISSN 0372-7025. Dostupné z: doi:10.31482/mmsl.2018.033
6. IVÁNKOVÁ, Katarína, 2020. Diabetická ketoacidóza jako příčina nitroděložního úmrtí plodu. *Gynekologie a porodnictví*. **4**(3), 174-175. ISSN 2533-4689.
7. KASPARKOVÁ, Pavla a Radka BUŽGOVÁ, 2010. Podpora rodičů při perinatálním úmrtí. *Kontakt*. **12**(4), 387-398. ISSN 1212-4117. Dostupné z: doi:10.32725/kont.2010.052
8. NAVRÁTILOVÁ, Michaela, 2013. Péče o ženu s diagnózou mrtvý plod. *Sestra*. **23**(7-8), 53-54. ISSN 1210-0404. Dostupné také z: <http://zdravi.euro.cz/archiv/sestra/covers>
9. PAVLÍKOVÁ, Markéta, 2011. Novorozenecká a perinatální úmrtnost – jsme skutečně nejlepší? *Zdravotnické noviny*. **60**(23), 8. ISSN 1805-2355. Dostupné také z: <http://www.zdn.cz/archiv/>
10. PROCHÁZKA, M. et al., 2014. Vedení porodu mrtvého plodu – doporučený postup. *Česká gynekologie/suplementum*, **79**, 3-4. ISSN 1210-7832.
11. RATISLAVOVÁ, Kateřina, Jiří BERAN a Lucie KAŠOVÁ, 2012. Psychosociální péče o ženu po perinatální ztrátě. *Praktický lékař*. **92**(9), 505-508. ISSN 0032-6739. Dostupné také z: <http://www.prolekare.cz/prakticky-lekar-clanek/psycho-socialni-pece-o-zenu-po-perinatalni-ztrate-39374>
12. RATISLAVOVÁ, Kateřina a Lucie KAŠOVÁ, 2012. Doprovod rodičů po perinatální ztrátě. *Sestra*. **22**(2), 19. ISSN 1210-0404. Dostupné také z: <http://www.zdn.cz/archiv/sestra/?id=3801>
13. STANIČKOVÁ, Zuzana a Jiří HALBRŠTÁT, 2019. Paliativní péče v neonatologii. *Postgraduální medicína*. **21**(5), 407-411. ISSN 1212-4184.
14. ŠIDLOVÁ, Henrieta, Peter OČKO, Ľubomír MIKULÁŠ, Ján ŠIKUTA a Jozef ŠIDLO, 2020. Fatálne následky ruptúry maternice v pokročilom štádiu tehotenstva. *Česko-slovenská patologie a Soudní lékařství*. *Soudní lékařství*. **56-65**(3), 65-66. ISSN 1210-7875. Dostupné také z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/soudni-lekarstvi/2020-3-16/fatalne-nasledky-ruptury-maternice-v-pokrocilom-stadiu-tehotenstva-123984>

## **ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem zpracoval/a údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem „Perinatální úmrtí z pohledu porodní asistentky“ v rámci studia realizované na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne ..... 30.5.2021 .....



.....  
*Julie Sedláková*