

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

# **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2021**

**Anna Škvorová**

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Porodní asistence B5349

**Mgr. Anna Škvorová**

Studijní obor: Porodní asistentka 5341R007

**POTŘEBY ZDRAVOTNÍKŮ PEČUJÍCÍCH O RODIČE  
PŘI PERINATÁLNÍ ZTRÁTĚ**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Ratislavová, Ph.D.

PLZEŇ 2021

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

Fakulta zdravotnických studií

Akademický rok: 2020/2021

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE (projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Mgr. Anna ŠKVOROVÁ**  
Osobní číslo: **Z18B0028P**  
Studijní program: **B5349 Porodní asistence**  
Studijní obor: **Porodní asistentka**  
Téma práce: **Potřeby zdravotníků pečujících o rodiče při perinatální ztrátě**  
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství a porodní asistence**

### Zásady pro vypracování

- Zpracovat seznam odborné literatury na vybrané téma.
- Stanovit cíl kvalifikační práce.
- Zpracovat teoretickou a praktickou část práce dle požadavků FZS.
- Popsat metodiku praktické části.
- Vypracovat diskuzi a závěr kvalifikační práce.
- Dodržet formální úpravu kvalifikační práce dle požadavků FZS.
- Dodržet citační normu.
- Dodržet předepsaný minimální počet konzultací s vedoucím práce.

Rozsah bakalářské práce:  
Rozsah grafických prací:  
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná**

Seznam doporučené literatury:

- HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. Porodnictví. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9.
- HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-485-4.
- KENWORTHY, Doreen a Mavis KIRKHAM. Midwives coping with loss and grief: stillbirth, professional, and personal losses. London: Radcliffe Pub., 2011. ISBN 9781846193880.
- RATISLAVOVÁ, Kateřina. Perinatální paliativní péče: péče o ženu a její rodinu, rituály rozloučení, proces truchlení a vyrovnávání se se ztrátou. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-271-0121-4.
- TAKÁCS, Lea, SOBOTKOVÁ, Daniela a Lenka ŠULOVÁ. Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5127-6.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Kateřina Ratislavová, Ph.D.**  
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Datum zadání bakalářské práce: **18. června 2019**  
Termín odevzdání bakalářské práce: **31. března 2021**



**PhDr. Lukáš Štich, MBA**  
děkan



**PhDr. Mgr. Jitka Krocová**  
vedoucí katedry

V Plzni dne 31. ledna 2021

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 30. 3. 2021.

*Therese*  
.....

## **Abstrakt**

Příjmení a jméno: Mrg. Anna Škvorová

Katedra: Ošetřovatelství a porodní asistence

Název práce: Potřeby zdravotníků pečujících o rodiče při perinatální ztrátě

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Ratislavová, Ph.D.

Počet stran – číslované: 81

Počet stran – nečíslované: 20

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 23

Klíčová slova: perinatální ztráta, perinatální paliativní péče, syndrom vyhoření, psychohygienu, porodní asistence

Souhrn:

Cílem této bakalářské práce bylo zmapovat prožitky a potřeby porodních asistentek v souvislosti s provázením žen a rodin perinatální ztrátou. Teoretická část popisuje perinatální ztrátu, proces truchlení, perinatální paliativní péči, její vývoj a roli porodní asistentky při jejím poskytování, zdroje zátěže zdravotníků, syndrom vyhoření a potřeby zdravotníků včetně vzdělávání a psychohygieny. Pro naplnění cílů práce byl použit kvalitativní výzkum. Byly provedeny rozhovory se dvěma porodními asistentkami, které mají zkušenosti s poskytováním perinatální paliativní péče. Výsledky ukazují, že organizace perinatální paliativní péče u nás není dostatečná, chybí jednotné doporučené postupy. Výrazně chybí zájem a péče o psychohygienu zdravotníků a podpora týmové spolupráce. Na základě získaných výsledků, prožitků participantek a jejich návrhů byla vypracována doporučení pro praxi.

## **Abstract**

Surname and name: Mgr. Anna Škvorová

Department: Nursing and midwifery

Title of thesis: Needs of health professionals caring for parents in case of perinatal loss

Consultant: Mgr. Kateřina Ratislavová, Ph.D.

Number of pages – numbered: 81

Number of pages – unnumbered: 20

Number of appendices: 4

Number of literature items used: 23

Keywords: perinatal loss, perinatal palliative care, burnout syndrome, psychohygiene, midwifery

### Summary:

The aim of this bachelor thesis was to explore the experiences and needs of midwives in connection with the care and guidance for women and families experiencing perinatal loss. The theoretical part describes perinatal loss, the mourning process, perinatal palliative care, its development and the role of the midwife in it, sources of burden on health professionals, burnout syndrome and the needs of health professionals, including education and psychohygiene. Qualitative research was used to fulfill the objectives of the work. Interviews were conducted with two midwives who have experience in providing perinatal palliative care. The results show that organization of perinatal palliative care in our country is not sufficient, we lack uniform guidelines. There is a significant lack of interest and care for psychohygiene of health professionals and support for teamwork. Based on the obtained results, experiences of participants and their suggestions, recommendations for practice were developed.

## **Předmluva**

Téma smrti, a navíc v perinatálním období, představuje v mnoha kulturách velké tabu. Mnoho výzkumů se věnuje perinatální paliativní péči a povědomí o potřebách žen a rodin procházejících perinatální ztrátou se postupně šíří. Dosud však bylo málo pozornosti věnováno potřebám zdravotníků, pro které perinatální ztráta představuje také velkou zátěž. Porodní asistentky jsou s rodičimi ženami v úzkém kontaktu, jejich péče o truchlící ženy/rodiny má kromě zdravotnické péče také složku psychologické a spirituální podpory. Vedle naplňování potřeb žen/rodin se musí vypořádat také s vlastními emocemi. Cílem této práce je zjistit, jaké jsou potřeby a prožitky zdravotníků v souvislosti s provázením rodin perinatální ztrátou, neboť teprve s naplněnými vlastními potřebami mohou poskytovat kvalitní péči.

## **Poděkování**

Děkuji vedoucí práce Mgr. Kateřina Ratislavové, Ph.D. za laskavé a trpělivé odborné vedení této práce, za inspirativní práci v oblasti perinatální paliativní péče a přínos porodní asistenci.

Děkuji participantkám za ochotné a otevřené sdílení jejich příběhů z praxe, prožitků i osobních postojů, za podnětné pohledy a návrhy na zlepšení perinatální paliativní péče a podmínek jejího poskytování.

Děkuji Unii porodních asistentek za projekt Začít znovu, na jehož základě vznikla podpůrná linka a informační portál pro zdravotníky, a který mimo jiné pomáhá popularizovat téma perinatální ztráty.

Děkuji své rodině a přátelům za vytrvalou podporu v celých mých studiích, bez které by tato práce nemohla vzniknout.



# OBSAH

SEZNAM ZKRATEK .....	11
ÚVOD.....	12
TEORETICKÁ ČÁST .....	13
1 PERINATÁLNÍ ZTRÁTA.....	13
1.1 Perinatální mortalita.....	13
1.1.1 Příčiny perinatální mortality.....	13
1.1.2 Syndrom mrtvého plodu a vedení porodu .....	14
1.2 Perinatální ztráta .....	14
1.2.1 Krize .....	15
1.2.2 Proces truchlení .....	15
1.2.3 Komplikovaný zármutek .....	17
1.3 Potrat.....	17
2 PERINATÁLNÍ PALIATIVNÍ PÉČE .....	18
2.1 Vývoj v perinatální paliativní péči.....	18
2.2 Základní doporučení pro perinatální paliativní péči .....	19
2.2.1 Role porodní asistentky v perinatální paliativní péči .....	20
3 ZÁTĚŽ ZDRAVOTNÍKŮ V PERINATÁLNÍ PÉČI .....	23
3.1 Zdroje stresu (zátěže) zdravotníků.....	23
3.1.1 Definice stresu .....	23
3.1.2 Rizika pracovní zátěže.....	23
3.1.3 Zdroje zátěže zdravotníků .....	24
3.1.4 Specifika zátěže v perinatální péči .....	24
3.2 Syndrom vyhoření.....	25
3.3 Zátěž a vyhoření v souvislosti s perinatální ztrátou.....	27
3.3.1 Neočekávané úmrtí dítěte během hospitalizace.....	28
4 POTŘEBY ZDRAVOTNÍKŮ V PERINATÁLNÍ PALIATIVNÍ PÉČI.....	30
4.1 Vzdělávání .....	30
4.2 Role profesních a svépomocných organizací.....	31
4.3 Doporučené postupy a standardy péče.....	33
4.4 Psychohygienu a sebepéče .....	34
4.5 Supervize .....	36
4.5.1 Přínosy supervize.....	38
4.5.2 Překážky zavádění supervize ve zdravotnictví.....	38

PRAKTICKÁ ČÁST .....	40
5 FORMULACE PROBLÉMU .....	40
6 CÍL A ÚKOLY PRÁCE .....	41
6.1 Hlavní cíl.....	41
6.2 Dílčí cíle.....	41
6.3 Výzkumné otázky .....	41
7 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU .....	42
8 METODIKA PRÁCE.....	43
9 ORGANIZACE VÝZKUMU .....	44
10 ZPRACOVÁNÍ DAT .....	44
11 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ .....	45
11.1 Získávání znalostí a dovedností v perinatální paliativní péči .....	45
11.1.1 Teoretické vzdělání.....	45
11.1.2 Praxe .....	46
11.1.1 Zhodnocení vlastních znalostí a dovedností.....	47
11.2 Prožitky při provázení perinatální ztrátou.....	47
11.2.1 Pocity během provázení.....	48
11.2.2 Následné pocity .....	50
11.2.3 Zpětná vazba.....	51
11.2.4 Vývoj zkušeností .....	53
11.2.1 Vnímání významu péče .....	55
11.3 Přístup ke smrti, spiritualita .....	56
11.3.1 Vnímání smyslu ztráty.....	56
11.3.2 Víra .....	57
11.3.1 Vliv osobní zkušenosti se ztrátou .....	58
11.3.2 Přístup společnosti ke smrti, rituály .....	59
11.4 Psychohygienu a sebepéče .....	60
11.4.1 Krizové situace .....	60
11.4.2 Další zdroje zátěže.....	61
11.4.3 Sdílení, sociální opora .....	62
11.4.4 Pravidelná psychohygienu .....	63
11.4.5 Zájem o informace o psychohygieně.....	65
11.4.6 Zájem o služby psychologa .....	65
11.5 Organizace péče, problémy a návrhy na zlepšení .....	66
11.5.1 Stavební uspořádání.....	67
11.5.2 Čas pro péči o ženu/rodinu, kontinuita péče .....	68

11.5.3	Čas pro rozhodování žen/rodin o rozloučení a pohřbu.....	70
11.5.4	Materiál – edukační, pro tvorbu upomínek a rozloučení.....	71
11.5.5	Tvorba a uchování upomínkových předmětů .....	72
11.5.6	Mezioborová spolupráce.....	73
11.5.7	Spolupráce v rámci týmu.....	75
11.5.8	Vzdělávání, příslužba specializované PAS .....	76
11.5.9	Organizační podpora psychohygieny, ohodnocení personálu .....	78
DISKUZE.....		80
Limity výzkumu.....		90
Potřeby zdravotníků .....		80
Získávání znalostí a dovedností v perinatální paliativní péči .....		80
Prožitky při provázení perinatální ztrátou .....		81
Psychohygienu a sebepéče .....		84
Problémy při poskytování péče a návrhy na zlepšení.....		86
Doporučení pro praxi .....		90
ZÁVĚR.....		92
SEZNAM LITERATURY.....		93
SEZNAM PŘÍLOH.....		96
PŘÍLOHY .....		97
Příloha č. 1 – Informovaný souhlas .....		97
Příloha č. 2 – Návod k rozhovoru .....		98
Příloha č. 3 – Letáček pro zdravotníky .....		100
Příloha č. 4 – Desatero sebepéče porodní asistentky .....		101

## **SEZNAM ZKRATEK**

MBI	Maslach Burnout Inventory, Maslachové dotazník syndromu vyhoření
SZÚ	Státní zdravotnický ústav
PAS	Porodní asistentka
PTSD	Post-Traumatic Stress Disorder, Posttraumatická stresová porucha

# ÚVOD

Perinatální ztráta, tedy úmrtí dítěte před, při nebo krátce po porodu, je tragickou událostí, která zasáhne život celé rodiny. Jedná se o jednu z nejtěžších životních zkušeností. Perinatální péče se soustředí na to, aby k tomuto společensky nežádoucímu jevu docházelo v nejnižší možné míře, smrt však nelze vyloučit v žádné životní fázi.

Péče poskytnutá ženám/rodinám procházejícím perinatální ztrátou zásadně ovlivní jejich prožívání celé události. Kvalitní péče snižuje rizika vážnějších psychických následků a komplikovaného zármutku pozůstalých. Mnoho studií se v současnosti věnuje potřebám žen a rodin, které procházejí perinatální ztrátou. Šíří se povědomí o komplexní perinatální paliativní péči, která naplní nejen jejich fyzické potřeby, ale také potřeby psychické a spirituální. Stále více je podporován kontakt a vztah se zemřelým/umírajícím dítětem, rituály rozloučení, tvorba vzpomínkových materiálů a zdravý proces truchlení.

Méně pozornosti dosud bylo věnováno prožívání a potřebám zdravotníků, pro které perinatální ztráta také představuje významnou zátěž. Na zdravotníky jsou kladeny vysoké nároky, při profesionálním naplňování fyzických a emočních potřeb žen/rodin se zároveň vyrovnávají s vlastními prožitky. V nejužším kontaktu se ženami/rodinami i jejich dětmi jsou porodní asistentky. Od porodních asistentek se očekává, že zůstanou profesionální a emočně silné, zatímco poskytují empatickou péči ženám/rodinám procházejícím ztrátou. Práce se situacemi, které jsou pro rodiče traumatizující, může zprostředkovaně rozvíjet trauma i u nich samotných a společně s další pracovní zátěží vést k různé míře syndromu vyhoření.

V této práci se věnuji právě zdravotníkům, respektive zaměřuji se na porodní asistentky, které jsou se ženami/rodinami v nejdělsím a nejbližším kontaktu. Cílem této práce je zjistit, jaké jsou jejich potřeby, co porodní asistentky v souvislosti s perinatální ztrátou prožívají, jak se svými pocity pracují, jak získávají znalosti a zkušenosti, jaké možnosti podpory mají a co jim naopak schází, co je omezuje při poskytování kvalitní perinatální paliativní péče.

Pro zpracování práce jsem využila dostupné literární zdroje – knihy fakulní knihovny a provedla rešerši v databázi PubMed s využitím následujících klíčových slov: perinatal loss, perinatal death, perinatal palliative care, burnout syndrome. Použité zdroje jsou uvedeny v seznamu literatury.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 PERINATÁLNÍ ZTRÁTA

### 1.1 Perinatální mortalita

Pod termín perinatální mortalita (úmrtnost) řadíme mrtvorozenost a časné novorozenecké úmrtí. Porod mrtvého novorozence (mrtvorozenost) je v České republice definován v zákoně č. 372/2011 Sb., který vstoupil v účinnost 1. 4. 2012. Živě narozený se od mrtvě narozeného rozlišuje na základě přítomnosti alespoň jedné ze čtyř známek života (srdeční akce, pulzace pupečníku, dech a aktivní pohyb), a to neohledně na váhu a délku těhotenství. Hranice mezi potratem a mrtvě narozeným je stanovena porodní hmotností 500 g, o mrtvého novorozence se jedná v případě porodní váhy 500 g a více, pokud porodní hmotnost nelze zjistit, pak od ukončeného 22. týdne těhotenství. Tímto jsou hranice sjednocené dle doporučení WHO (World Health Organization, Světová zdravotnická organizace) pro účely mezinárodního srovnávání. Rozlišujeme úmrtí antepartální (úmrtí před porodem) a intrapartální (úmrtí za porodu). Časné novorozenecké úmrtí je úmrtí živě narozeného novorozence do 7 dnů po porodu (Hájek a kol. 2014, s. 452 a 453).

Perinatální mortalita je uváděna v promile jako počet perinatálně zemřelých připadající na 1 000 všech narozených dětí. V roce 2018 byla perinatální mortalita v ČR 4,42 ‰, jednalo se tak o 506 dětí, z toho mrtvorozenost tvořila 3,35 ‰ a časné novorozenecké úmrtí 1,08 ‰ (ÚZIS 2019). Hodnota perinatální mortality v České republice je okolo 4 ‰ dlouhodobě a patří tak k nejnižším v rámci světa i Evropy (Hájek a kol. 2014, s. 452 a 453).

#### 1.1.1 Příčiny perinatální mortality

Až v 50 % případů se příčiny perinatální mortality nepodaří spolehlivě prokázat. Před termínem porodu riziko klesá se zvyšujícím se týdnem těhotenství, po termínu porodu začíná opět narůstat. Příčiny odumření plodu dělíme na maternální, fetální a uteroplacentární resp. pupečnickové. Mezi maternální příčiny patří: onemocnění matky (preeklampsie a eklampsie, HELLP syndrom – Hemolysis, Elevated Liver enzymes, Low Platelets syndrom, diabetes mellitus, nefropatie, hepatopatie, kardiovaskulární onemocnění, trombofilní stavy atd.) úrazy, infekce a otravy. Fetálními příčinami (ze strany plodu) jsou: vrozené vývojové vady plodu, chromozomální aberace plodu, infekce (často spojené s hydropsem plodu),

inkompatibilita v Rh systému, hypoxie, růstová restrikce plodu. Dalšími příčinami jsou poruchy placenty (placenta praevia, abrupce placenty, feto-maternální krvácení, placentární insuficience), poruchy pupečníku (strangulace, torze, trombóza pupečníku, pravý uzel, velamentosní úpon, vasa praevia – vcestné cévy) a poruchy děložní (myomatoza děložní, vrozené vývojové vady dělohy, nadměrná děložní činnost za porodu). (Hájek a kol. 2014, s. 434 a 435)

### **1.1.2 Syndrom mrtvého plodu a vedení porodu**

V případě zjištění diagnózy mrtvého plodu a jeho porodu hrozí komplikace ohrožující zdraví a život matky (diseminovaná intravaskulární koagulace, sepse, rizika související s onemocněním matky a příčinami úmrtí plodu), proto hovoříme o syndromu mrtvého plodu. Žena by měla být bezprostředně hospitalizována a sledována, je doporučena řada laboratorních vyšetření, prevence tromboembolické nemoci, antibiotická profylaxe a případně profylaxe RhD aloimunizace. Porod by měl proběhnout co nejdříve. Vedení porodu je preferováno vaginální cestou, v závislosti na výsledcích vyšetření a dalších okolnostech se provádí preindukce a indukce porodu, je doporučena analgezie. Plod se následně odesílá k patologicko-anatomické pitvě a dalším vyšetřením (Hájek a kol. 2014, s. 434-7; Doporučené postupy GPS ČLS JEP – Procházka a kol. 2014).

## **1.2 Perinatální ztráta**

Perinatální ztráta je perinatální úmrtí přirozeně provázené emoční reakcí ženy, jejího partnera a popřípadě dalších členů z rodiny a jejího okolí. Jedná se o krizovou situaci, která bezprostředně i dlouhodobě ovlivní prožívání ženy a jejího okolí. Přestože lékařská terminologie používá před porodem termín „plod“, v této práci bude dále používán termín „dítě“ i pro situace intrauterinního úmrtí, protože je to bližší prožívání ženy/rodičů.

Smrt dítěte je výjimečná tragická událost, provázená pocity smutku, žalu, bezmoci, viny atp., v různé míře v závislosti na stáří těhotenství, osobnosti truchlícího a dalších okolnostech. Perinatální ztráta je specifickou situací. Rodiče se připravovali na příchod dítěte, změnu svých životů a rodičovskou roli, jeho ztráta ovlivní i jejich sebevímání. Může narušit partnerské a rodinné vztahy. V případě intrauterinního úmrtí může být problém, jaký postoj ke ztrátě zaujmout – matka dítě vnímala a cítila, jinak ale bylo „neviditelné“. V případě zjištěných závažných vad plodu přichází zátěž v podobě závažného rozhodování mezi ukončením těhotenství a jeho pokračováním s předem nejasnou dobou následné paliativní péče o novorozence. Podobná je situace při rozhodování o intenzivní nebo

paliativní péči, většinou v případech předčasného porodu nebo narození dítěte s vážnými vrozenými vadami (Ratislavová 2016, s. 13-15). Rizikovými faktory v následném překonávání ztráty jsou také pocity viny (domnělá možnost smrti zabránit), ambivalence vztahu mezi pozůstalým a zemřelým (neplánované dítě) nebo ztráta sociální role (role mateřská/rodičovská). (Špatenková 2012, s. 56-7)

### **1.2.1 Krize**

Krizi lze popsat z různých hledisek. Caplan (1964 in Školoudová, 2018, s. 49), který bývá označován jako zakladatel krizové intervence, popisuje krizi jako: „*překážku, která je momentálně nepřekonatelná za použití obvyklých způsobů řešení problémů*“, vedoucí k narušení emoční rovnováhy. Krize se může týkat celé rodiny, komunity, společnosti. Je to náhlý neočekávaný zlom, narušující kontinuitu děje. Krize má typický průběh. Počáteční je fáze šoku, kdy se postižený snaží udržet si od traumatické situace odstup, povrchně zastírající vnitřní chaos (Školoudová 2018, s. 49-51).

Smrt dítěte jde proti očekávání většiny lidí o přirozeném sledu dějů, a to nehlédě na věk (Špatenková 2012, s. 55). V případě perinatální ztráty patří k nejnáročnějším krizovým situacím sdělení diagnózy, porod mrtvého dítěte a doba bezprostředně po něm. V prvním okamžiku žena a její doprovod zažívají otřes. Intenzivní smutek spouští obranné reakce, jako je disociace (oddělení od traumatických prožitků), jejíž součástí je i amnézie. Navenek neprojevují emoce, nekomunikují, mohou působit lhostejně, zmateně, mají problémy se soustředěním a rozhodováním, mohou se bez ptaní podřizovat pokynům. Mohou se přehnaně zaměřovat na technické detaily. Může se objevit útekové chování, agresivita, změny vnímání těla (Takács a kol. 2015, s. 141 a 142).

### **1.2.2 Proces truchlení**

Truchlení je přirozený proces, který se objevuje po ztrátě někoho/něčeho, co pro jedince mělo vysokou hodnotu (Ratislavová 2016, s. 119). Jeho průběh se u všech lidí shoduje v hlavních rysech. Někdy však k zahájení procesu truchlení vůbec nedojde nebo je ukončen předčasně. Vliv na průběh procesu truchlení má řada faktorů (další souběžná zátěž, traumatická zkušenost se zdravotní péčí, partnerská krize). Pokud se podaří truchlící proces zahájit a dobře jím projít, u dotyčného jedince dojde k posílení schopnosti krize zvládat a překonávat. Pokud nedojde ke zvládnutí tohoto procesu, mohou se později objevit další problémy jako je úzkost, výčitky, stud, poruchy osobní integrity či zkreslené vnímání skutečnosti (Takács a kol. 2015, s. 142 a 143).

Problémem při spuštění procesu truchlení může být další souběžná krize nebo



nedostatek reality. Nejrychlejším způsobem, jak překonat fázi popírání a uznat realitu ztráty je zemřelého vidět, dotknout se ho, strávit s ním nějakou dobu, rozloučit se, říci, co pozůstali považují za důležité (Špatenková 2012, s. 59). Kvalita pouta, které žena/rodina k dítěti navázala, hraje v zahájení a průběhu procesu významný vliv. Pokud nebyla možnost dítě vidět, dotýkat se jej a rozhodovat o něm, loučení a proces truchlení může být narušen (Takács a kol. 2015, s. 142).

Pro popis procesu truchlení bývá využíván model Elisabeth Kübler-Rossové, která v roce 1969 ve své knize *On Death and Dying* (O životě a umírání) představila model 5 fází smutku/umírání. Fáze popisovala u pacientů s terminální diagnózou, ukázalo se ale, že tento model lze využít i v mnoha jiných situacích spojených se ztrátou a překonáváním krize. Model popisuje následující fáze:

- 1) popírání – „Ne, ne já, mě se to netýká.“
- 2) hněv, agrese – „Proč zrovna já?!“
- 3) smlouvání – „Ano, já, ale...“
- 4) deprese – „Ano, já.“
- 5) smíření, přijetí – „Je to tak a je to v pořádku.“ (Kübler-Ross 1972)

Existuje více názorů na členění procesu truchlení, autoři rozlišují různý počet fází. Rozdělení nelze vnímat jako předlohu „správného“ truchlení. Truchlíci může procházet fázemi individuálně s různou délkou intenzitou, některé fáze prožívat opakovaně, nemusí ani projít všemi fázemi (Špatenková 2012, s. 59).

Teorie věnující se zármutku se mění. Dříve se k zármutku přistupovalo více jako k nemoci, která při správné léčbě a péči skončí. Předpokládalo se, že truchlíci projde určitými fázemi truchlení a pak se posune dál, „přejde to“, situaci „uzavře“. Později byl popsán jev „pokračující vazby“, kdy truchlíci s pozůstalým stále komunikuje, matka si dítě představuje, mluví na něj atp. Neznamená to, že by truchlíci zůstával v minulosti, jeho vazba na zemřelého se stane součástí jeho života. Nejde říct, že zármutek buď je, nebo vůbec není, zármutek se vyvíjí do dalších fází, jedná se spíše o adaptaci, která umožňuje pokračování života, vzpomínky zůstávají (Broderick a Cochrane 2013, s. 119-120).

Proces truchlení je často odlišný u žen a u mužů, což může vést k partnerským problémům. Zvláště v případě časně perinatální ztráty si často zatím nevytvořili k dítěti takovou vazbu, jako jejich partnerka a vnímají ztrátu jinak než jejich partnerka, což je pro ženu zraňující (Broderick a Cochrane 2013, s. 121). Od mužů se také obecně očekává, že budou silní a nepřiliš emocionální. Nemusí své emoce projevovat navenek, mohou

se uzavřít a soustředit na práci, což je pro ženu nesrozumitelné. V případě, že jsou v rodině starší sourozenci, doporučuje se událost s nimi sdílet, podpořit je v jejich truchlení, zapojit je do rituálů loučení a vzpomínkových rituálů (Takács a kol. 2015, s. 143-5).

### **1.2.3 Komplikovaný zármutek**

Část lidí zvládá zármutek a truchlení obtížněji, hovoří se nejčastěji o komplikovaném nebo patologickém zármutku. Jeho definice je problematická, také je následně třeba ho odlišit od duševních poruch, jako je depresivní a úzkostná porucha, nebo PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder, posttraumatická stresová porucha). Pro zjištění psychického stavu ženy/rodičů po perinatální ztrátě je doporučována perinatální škála žalu (Perinatal grief scale), využitelná například porodní asistentkou při kontrole na konci šestinedělí. Zdravotníci by měli rozeznat poruchy psychického stavu a následně ženu odeslat k odborné péči psychiatra nebo klinického psychologa (Ratislavová 2016, s. 154-164).

## **1.3 Potrat**

Potrat bývá spojen s obdobným procesem truchlení jako výše definovaná perinatální ztráta. A to ať už jde o potrat spontánní, indukovaný ze zdravotní indikace nebo na žádost ženy z nejrůznějších důvodů. Z toho důvodu se můžeme setkat také s termínem prenatální ztráta, který označuje ztrátu v jakékoli době od vzniku těhotenství do porodu. Ztráta v dřívějších fázích těhotenství, dokud žena necítí pohyby dítěte atp., bývá často bagatelizována. Její prožívání je individuální a mnohá dále uvedená doporučení lze tak použít i v tomto případě (citlivě sdělovat diagnózu, přistupovat tolerantně, ponechat prostor pro intimní rozloučení v oblasti duchovní a spirituální atp.). Komplikací v následném prožívání může být postabortivní resp. postiterruptivní syndrom, což jsou formy PTSD (Školoudová 2018, s. 226-234).

## 2 PERINATÁLNÍ PALIATIVNÍ PÉČE

Paliativní péče je „*aktivní a komplexní přístup zaměřený na zlepšení kvality života pacientů, kteří čelí život ohrožující nebo život limitující nemoci, a na jejich rodiny, poskytuje úlevu od utrpení časnou identifikací a léčbou bolesti a ostatních potíží, ať již fyzických, psychických, sociálních, nebo spirituálních*“ (Ferrel a kol. in Ratislavová 2016, s. 16).

Perinatální paliativní péče představuje holistickou péči o dítě, ženu a její rodinu. Začíná péčí v těhotenství při zjištění smrti nebo okolností limitujících život dítěte, pokračuje péčí při porodu, navazuje případná paliativní péče o umírajícího novorozence (tzv. comfort care) a následná péče o truchlící rodiče/rodinu. Zahrnuje zdravotní péči, management bolesti a dalších příznaků, komunikaci, psychologickou podporu, sociální podporu a podporu spirituálních potřeb, s respektem k důstojnosti a individualitě rodin (Ratislavová 2016, s. 16-18). Vzhledem ke komplexitě a šíři této péče je v ideálním případě poskytována multidisciplinárním paliativním týmem, který zahrnuje gynekologa-porodníka, porodní asistentku, neonatologa, dětskou sestru, genetika, psychologa, kněze, sociálního pracovníka a další pracovníky.

Perinatální paliativní péče má rozhodující vliv na to, jak rodina ztrátu dítěte překoná (Ratislavová a kol. 2019). Ženy/rodiny ve svých vzpomínkách často zmiňují pečující osoby. Oceňují, pokud se jim dostane laskavé péče, řeknou například „byly to hrozné chvíle, ale cítila jsem se dobře opečovaná“. Při opačné zkušenosti mohou naopak říci, že personál celou situaci ještě zhoršil. Je důležité vnímat význam péče v této oblasti. Kvalitní perinatální paliativní péče může pečujícím přinést významnou satisfakci v podobě pocitů smysluplnosti a dobře odvedené práce (Broderick a Cochrane 2013, s. 75-6).

### 2.1 Vývoj v perinatální paliativní péči

Koncept paliativní péče se do oblasti perinatologie a neonatologie dostal až koncem 20. století. Pokroky v perinatální péči a perinatální diagnostice ovlivnily její vývoj. Nejprve byla pozornost zaměřena na fyzické aspekty (úleva od bolesti), následoval zájem o podporu vztahu mezi matkou a dítětem, podporu celé rodiny (family centred care), psychologické, sociální a spirituální aspekty péče.

Významný vývoj nastal především v oblasti kontaktu matky/rodiny s mrtvým dítětem. V České republice bylo od doby institucionalizace porodů ve druhé polovině 20. století jakémukoli kontaktu bráněno, protože panovalo přesvědčení, že by působil trauma a zhoršoval psychické utrpení žen. Ženy novorozence neviděly a neměly o něm další

informace, dle doporučení se snažily na situaci zapomenout a hovořit o souvisejícím zármutku často nebylo společensky únosné. V anglicky mluvících zemích se rituál rozloučení s dítětem vyvíjel rychleji než u nás. Od sedmdesátých let se prosazuje rituál „dítě vidět a chovat v náručí“, koncem 20. století se rozšiřuje na koupání dítěte, oblékání a brání dítěte domů (s pomocí chlazené kolébky). Podobný vývoj lze očekávat i u nás (Ratislavová 2016, s. 16 a 63-6). V České republice je kontakt s mrtvorozeným dítětem oproti zahraničí stále daleko méně častý. Podle výzkumu z roku 2015 jen 39,7 % českých žen své dítě vidělo po porodu mrtvého plodu (po 22. týdnu těhotenství) nebo po časném novorozeneckém úmrtí, v západních zemích je to v podobných výzkumech 90–95 % žen (Ratislavová 2015, s. 155).

Výzkumy ukazují, že kontakt s mrtvorozeným dítětem má dlouhodobý pozitivní efekt na psychický stav žen (snižuje výskyt úzkostných a depresivních symptomů a PTSD). Podpora časného kontaktu matky/rodičů s mrtvorozeným dítětem je mezinárodně jednoznačně doporučována. Zároveň se ukazuje, že je třeba dbát na individuální rozdíly a nelze žádný přístup aplikovat plošně. Důležitá je především komunikace, individuální přístup a citlivé reakce. Kontakt by měl být aktivně nabídnut, žena by měla dostat objektivní informace o vzhledu dítěte, reakcích většiny žen, výzkumech a doporučeních, avšak nebude vyhovovat všem ženám, je třeba respektovat svobodnou informovanou volbu. Individuální přístup klade vyšší nároky na zdravotníky než plošná aplikace určitého postupu, zvyšuje jejich nejistotu v této náročné situaci (Ratislavová 2016, s. 64-6).

## **2.2 Základní doporučení pro perinatální paliativní péči**

Po celou dobu poskytování péče ženě/rodině s perinatální paliativní ztrátou je důležitá kvalitní komunikace zdravotníků a dalších odborníků, psychická podpora, diskuse o možnostech péče a podpora svobodné volby rodičů (Ratislavová 2016, s. 18-9).

- sdělování diagnózy – jasné a přímé sdělení diagnózy, citlivý přístup, počítat s projevy šoku, hněvu, ponechat prostor pro vstřebání informace a dostatečný čas pro rozhodování o dalších postupech, nebagatelizovat žádnou perinatální ztrátu
- zajistit soukromí, zajistit fyzický komfort ženě
- podpořit přítomnost blízkých osob, podpora celé rodiny
- vyjádřit účast, nebát se projevit i vlastní emoce, po celou dobu porodu věnovat pozornost potřebám ženy/rodiny, ženu chválit a povzbuzovat, být přítomen nebo nablízku k dispozici, aktivně naslouchat, nehledat smysl události namísto ženy

- brzké podání informací o možnostech a přínosech rozloučení s dítětem po porodu (dítě vidět a chovat), o obvyklých reakcích žen (ústně i prostřednictvím letáků), ponechat čas na rozmyšlenou, nabídnout opakovaně
- podat objektivně informace o vzhledu dítěte (vady je možné zakrýt čepičkou apod.)
- chovat se k novorozenci s respektem a úctou, v případě, že dítě rodiče pojmenovali, používat jeho jméno při péči, individuálně citlivě zapojit rodiče při ošetřování dítěte
- zajistit naplnění individuálních spirituálních potřeb rodičů – kněz/nemocniční kaplan
- ponechat dostatek času rodině při loučení s dítětem, zajistit intimní prostředí
- podat informace o dalších postupech (pitvě) a o možnostech pohřbu (nutné rozhodnout se do 96 hodin od vydání Listu o prohlídce zemřelého), o významu a možnostech rituálu rozloučení, zjistit přání rodiny
- podpořit rodiče při tvorbě upomínkových materiálů (nabídnout fotografování dítěte, otisky končetin, uchování vlasů, památeční kartu aj.) a kreativním zvládnutím zármutku
- respektovat individuální rozhodnutí a projevy rodiny
- komunikovat se ženou o možnostech následné hospitalizace (oddělení, pokoj atp.)
- sledovat psychický stav ženy, nemedikalizovat přirozený zármutek, ale podchytit rizikové a patologické projevy, nabídnout odbornou pomoc psychologa/psychiatra
- informovat ženu o možnostech, jak naložit s nastupující laktací (zástava laktace, možnost mléko darovat)
- podat ženě/rodině informace zdravotní, sociální, psychologické, předat informační materiály a kontakty na příslušné odborníky a podpůrné organizace
- dále sledovat psychický stav ženy, např. koncem šestinedělí pomocí perinatální škály žalu (Perinatal grief scale), odkazovat na odbornou psychosociální pomoc  
(Ratislavová, 2016; Školoudová, 2018, s. 222-252; Takács a kol., 2015, s. 147-150)

### **2.2.1 Role porodní asistentky v perinatální paliativní péči**

Pokud porodní asistentka nemůže najít ozvy dítěte, je důležité co nejdříve zajistit ultrazvukovou kontrolu. Diagnózu pak sděluje lékař na základě této kontroly, ale při podezření na závažnou diagnózu již může být porodní asistentka přítomna jako doprovázející osoba (Broderick a Cochrane 2013, s.38). Porodní asistentka dále provází ženu a její rodinu celým procesem, provází je při rozhodování, koncem těhotenství, během

porodu, loučení s dítětem, v šestinedělí, případně i později a při dalším těhotenství. Ze všech poskytovatelů péče je porodní asistentka s rodinou v nejužším kontaktu a její péče i osobnost je pro rodinu naprosto klíčová (Ravaldi a kol. 2021).

Doprovázející porodní asistentka by se měla věnovat dané ženě/rodině individuálně. Opakovaně se ukazuje význam a přínos kontinuální péče jedné porodní asistentky (one-to-one care, péče jedné porodní asistentky o jednu ženu/rodinu). Model kontinuální péče jedné porodní asistentky je rodinami, které procházejí perinatální ztrátou, preferován, přináší pozitivní zážitek z porodu i v této náročné a smutné situaci. Poskytování individuální podpurné péče přináší také větší pracovní uspokojení porodním asistentkám a je tak protektivním faktorem syndromu vyhoření. Posiluje a prohlubuje vztah mezi porodní asistentkou a ženou/rodinou, který je prostředkem pro poskytnutí kvalitnější péče. Zajištění kontinuální péče však není běžně dostupné a v praxi naráží na řadu organizačních problémů (Fenwick a kol. 2007).

Jednou ze složek kvality poskytované zdravotní péče je péče zaměřená na pacienta/rodinu, tzv. patient/family centred care. Pacient/rodina jsou středobodem této péče, která je poskytována s respektem a s ohledem na jejich individuální potřeby, hodnoty a preference (Broderick a Cochrane 2013, s. 47). Empatická podpora ženy a její rodiny je vnímána jako samotná podstata porodní asistence (Ravaldi a kol. 2021). Je důležité rozlišovat empatii a soucit od pocitů lítosti. Není možné změnit tragickou situaci rodiny, ale je možné ovlivnit okolnosti této události a prožitky ženy/rodiny. Zahlcení pocity lítosti by poskytování laskavé péče spíše ztěžovalo (Broderick a Cochrane 2013, s. 48).

Porodní asistentka by měla vytvářet bezpečný prostor pro projevy a prožívání rodičů, respektovat jejich individuální reakce. Není nutné odpovídat na nezodpověditelné otázky, ale je důležité se ženou/rodiči být, i tichá přítomnost vytváří oporu. Žena/rodiče by měli cítit zájem, jistotu a pocit bezpečí (Ratislavová 2016, s. 123-4). Pokud porodní asistentka odchází např. psát dokumentaci, stačí, když rodiče ujistí, že je zde pro ně a že ji mohou kdykoli zavolat.

Pokud žena/rodiče projevují výrazné emoce (např. křik, vztek), je důležité neodpovídat podobnou vzbuzenou emocí, ale dát si čas pro promyšlenou reakci. Prožívání v podobné situaci je individuální, není možné předpokládat, jak se žena/rodiče cítí, ale je třeba se ptát a s jejich vnímáním se seznámit. Pro porozumění individuálním potřebám ženy/rodiny a jejich naplnění je nutná kvalitní komunikace. Většina žen je v podobné situaci poprvé, ale i v případě, že prochází touto ztrátou opakovaně, neznamená to, že přesně vědí, co chtějí a co dělat, potřebují seznámit se všemi možnostmi. Především čas strávený

s dítětem po porodu je velmi vzácný. Je třeba, aby porodní asistentka byla otevřená všemu, co by rodiče mohli v této abnormální situaci chtít. Není možné říct ženě, že „by měla“ něco udělat, ale je možné přiblížit, co dělávají jiné ženy v podobné situaci.

Je důležité, aby péče byla dobře zkoordinovaná a kolegyně/ové měli potřebné informace. Také při předávání ženy do péče dalším odborníkům je důležité předat veškeré informace i o individuálních potřebách ženy/rodiny a již poskytnuté péči (Broderick a Cochrane 2013, s. 49-52).

## 3 ZÁTĚŽ ZDRAVOTNÍKŮ V PERINATÁLNÍ PÉČI

### 3.1 Zdroje stresu (zátěže) zdravotníků

#### 3.1.1 Definice stresu

Stresová (zátěžová) situace je obecně situací, která klade na jednotlivce zvýšené až extrémní nároky. Stimuluje tak sice mobilizaci schopností jedince a jejich rozvoj, ve vyšší míře může ale vést k poškození jedince až po poškození jeho zdraví.

Rozlišujeme dva základní druhy stresu – eustres, který je pozitivně vnímanou zátěží (třeba i při sportovní aktivitě) a distres, který je negativně vnímanou zátěží a který se snažíme redukovat pomocí duševní hygieny. Stres je přirozenou biologickou reakcí organismu, komplexní přípravou na výdej energie a reakci „uteč nebo boj“. Tato reakce je účinná v případě akutního stresu. Problémem dnešní doby je anticipační stres (stres při očekávání stresové situace) a chronický (dlouhodobý) stres, kde původní biologická adaptační role stresu nejen že ztrácí smysl, ale vede k řadě psychických i somatických potíží. Faktory, které vedou ke vzniku stresu, označujeme jako stresory (Takács a kol. 2015, s. 176-8).

#### 3.1.2 Rizika pracovní zátěže

Pracovní zátěž působí do jisté míry negativně v každé profesi. Práce a pracovní prostředí významně působí na zdravotní stav jedince i populace. Studium vlivu práce a pracovních podmínek na zdraví je hlavní náplní činnosti Centra pracovního lékařství SZÚ (Státního zdravotnického ústavu). Pracovní zátěžové faktory jsou fyzikální, chemické a biologické činitele, prach a další faktory, které můžeme shrnout pod pojmem sensorická zátěž, dále fyzická zátěž a psychická zátěž.

V České republice je povinná kategorizace prací dle zdravotních rizik (§ 37 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví). Rozlišuje následující 4 kategorie prací:

- Kategorie I – podle současného poznání není pravděpodobný nepříznivý vliv na zdraví
- Kategorie II – nepříznivý vliv na zdraví je výjimečný, zejména u vnímavých jedinců, nejsou překračovány hygienické limity zátěže
- Kategorie III – významná míra rizika, zátěž překračuje limitní hodnoty, nelze vyloučit negativní vliv na zdraví pracovníků, jsou nutná technická organizační a jiná ochranná opatření, statisticky významně časté nemoci z povolání



- Kategorie IV – vysoké riziko ohrožení zdraví, které nelze zcela vyloučit ani při používání dostupných a použitelných ochranných opatření

Kategorizace prací je základním nástrojem pro hodnocení vlivu práce na zdraví. Ochrana před poškozováním zdraví z práce je možná pomocí kontroly podmínek, tedy sledováním faktorů, jimž jsou pracovníci vystaveni a kontrolou důsledků – tedy sledováním zdravotního stavu pracovníků, pracovních úrazů, nemocí z povolání a ohrožení nemocí z povolání.<sup>1</sup>

### 3.1.3 Zdroje zátěže zdravotníků

U zdravotníků se setkáme s celou řadou zátěžových faktorů. Nejčastěji se setkáváme se zátěžovými faktory biologickými (především riziko infekce), chemickými (dezinfekce, alergenů a některá léčiva – cytostatika), s fyzickou zátěží (celková zátěž ale i jednostranné přetěžování a ergonomické faktory práce, především na lůžkových odděleních) a psychickou zátěží. Monotonie, vnucené pracovní tempo a nepravidelné rotace směn působí v oblasti fyzické i psychické zátěže. Psychická zátěž zahrnuje zvýšené nároky na odpovědnost, spolehlivost, narušení sociálního a rodinného života, psychosociální stres na pracovišti, patologické vztahy – mobbing, bossing, šikanu. V rozvinutých zemích se psychosociální faktory a faktory spojené s organizací práce stávají hlavními pracovními riziky.

Kategorizace práce zdravotníků není úplně jednoduchá, zejména proto, že jejich práce je rozmanitá, různorodá, nerovnoměrně rozložená pracovní zátěž a pracovní doba (Fišerová 2019). Většina prací se zaměřuje na práci ve zdravotnickém zařízení, práce v komunitním prostředí bude přinášet další specifika.

### 3.1.4 Specifika zátěže v perinatální péči

- Dvojitá loajalita. V případě porodu zdravého dítěte může být zdravotník zatížen konfliktem zájmů ženy a dítěte. (Ovšem před porodem má dle zákona respektovat rozhodnutí ženy, i když je přesvědčen, že je ohrožen zájem dítěte.)
- Týmová práce a pracovní hierarchie. Práce je podmíněna vysokou mírou týmové součinnosti a pracovní hierarchie, některé situace mohou být pro klientky matoucí.
- Vysoká očekávání. Ve společnosti panuje vysoká představa o možnostech současné

---

<sup>1</sup> <http://www.szu.cz/tema/pracovni-prostredi>

<http://www.szu.cz/tema/pracovni-prostredi/kategorizace-praci>

<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2003-432>

medicíny. Společenské očekávání klade na zdravotníky extrémní zodpovědnost, příjemce péče staví do pasivní role. Navíc mnozí zdravotníci na sebe nekriticky berou zvýšenou zodpovědnost, což přispívá k nedorozuměním a konfliktům.

- Emocionálně vyhocené situace. Zdravotník pracuje s lidmi v mezních životních situacích, navíc potřebuje zvládat vlastní emoce. V současnosti obvykle není na takovéto situace připraven pregraduálním vzděláváním. Je nucen nastavovat hranice mezi přílišnou empatií a necitlivostí.
- Specifická komunikace. Komunikace žen je ovlivněna porodními bolestmi. Také tlak situace, nemocniční prostředí a hierarchie mohou vyvolávat u ženy pocity ohrožení a submisivitu, zdravotník tak může být ochuzen o zpětnou vazbu.
- Časová náročnost, časový tlak. Z většiny se nejedná o plánované výkony, je nutné zajištění nepřetržitého provozu. Jsou časté nestandardní situace vyžadující rychlé rozhodování a rychlé úkony.
- Nedostatek uznání. Pochybení nebo negativní výsledky mají významný negativní ohlas, pozitivní výsledky bývají přijímány jako samozřejmost. Pečující získává převážně negativní zpětnou vazbu, vrací se ti, kde péče selhala.
- Demografické aspekty. V období populačního boomu se práce hromadí, jindy zase dochází ke snížení objemu práce, který může vést až k nejistotě pracovních míst. Posun věku rodiček do staršího věku přináší tlak na komunikaci na partnerské úrovni, zatímco struktura pracovišť zůstává hierarchická.
- Konflikt vnímání porodu – porod jako zdravotní problém versus porod jako přirozený děj. (Takács a kol., 2015, s. 156, 159-160)

### **3.2 Syndrom vyhoření**

Syndrom vyhoření (burnout syndrome, někdy také překládán jako syndrom vyhasnutí) poprvé popsal Freudenberg v roce 1974. Obvykle je definován jako reakce na dlouhodobý pracovní, emoční a interpersonální stres, projevující se emočním i fyzickým vyčerpáním, depersonalizací, úzkostí, ztrátou profesního i osobního zájmu a smyslu. Zasahuje celou osobnost. Symptomy se začínají objevovat tehdy, pokud pracovní stres přesahuje míru, kterou je schopný daný jedinec zvládnout pomocí svých adaptačních mechanismů. Ohroženou skupinou jsou profese s vyšší mírou sociálního kontaktu. V častém a intenzivním kontaktu s lidmi jsou především pomáhající profese včetně zdravotníků.

Syndrom vyhoření se týká 25–75 % zdravotníků a může vzniknout v jakékoli fázi jejich kariéry (Friganović a kol. 2019, Güler a kol. 2019).

Přesné teoretické vymezení syndromu vyhoření zůstává neustálené a problematické. Lze ho vnímat i jako určitý posun na škále pracovní zátěže a stresu (Takács a kol. 2015, s. 154-5). V praxi se pro určení míry rizika a vážnosti syndromu vyhoření nejčastěji využívá standardizovaný dotazník MBI – Maslach Burnout Inventory, který vytvořili Maslach a Jackson v roce 1981. Dotazník MBI sleduje tři oblasti vyhoření: emocionální vyčerpání (EE; emotional exhaustion, 9 otázek), deperzonalizaci (DP; depersonalisation, 5 otázek) a osobní uspokojení z práce (PA; personal accomplishment, 8 otázek). Emocionální vyčerpání představuje ztrátu motivace k činnosti i chuti do života, je nejvýznamnějším ukazatelem syndromu vyhoření. Deperzonalizace se projevuje jako nezúčastněné až bezcitné chování k lidem, kterým pracovník poskytuje péči. V oblasti pracovního uspokojení dochází při syndromu vyhoření ke snížení kompetencí a pocitů úspěšnosti (Güler a kol. 2019).

Mezi rizikové faktory patří vysoké nároky, které na sebe dotýčný klade, pracovní přetížení, vysoká míra zodpovědnosti, konflikty, nejistota, organizační změny, vztahy na pracovišti. Problematický je také fakt, že zdravotníci jsou často v kontaktu s intenzivními emocemi pacientů, aniž by ve svém vzdělání byli dostatečně vybaveni pro práci s nimi. Mezi protektivní faktory patří pocit smysluplnosti vlastní práce a úspěchu, vědomí profesního růstu, dobré vztahy s klienty i kolegy, rovnováha pracovního a osobního života. V rozvoji syndromu vyhoření hrají důležitou roli vlastnosti dané osobnosti, motivace, hodnoty, potřeby, expresivita, sebevědomí atd. Častěji vyhoří lidé s perfekcionistickými sklony se silným zapálením na počátku, vytrvalejší přístup je dlouhodobě výhodnější (Takács a kol. 2015, s. 154-5, 157). Velkou roli při vzniku syndromu vyhoření hrají mechanismy zvládání zátěže (coping strategy) a pracovní uspokojení. U zdravotních sester (stejně u porodních asistentek, pozn. autora) v poslední době došlo k nárůstu vzdělání, následně ale nedošlo k odpovídajícímu nárůstu kompetencí a autonomie v praxi, což představuje významný zdroj stresu a komplikuje vztahy v pracovním týmu (Friganović a kol. 2019).

Syndrom vyhoření je častý a významný problém u zdravotníků. Má vliv na zvýšený výskyt infekce a traumatu (Güler a kol. 2019), na nemocnost a práceschopnost, fluktuaci pracovníků a dřívější odchod do důchodu. Může vést ke vzniku závislosti nebo zneužívání farmak – zdravotníci mohou snižovat nežádoucí účinky látek, se kterými denně pracují (Takács a kol. 2015, s. 158). Proto je třeba klást důraz na jeho prevenci a řešení. Vzdělávací systém zdravotníků by měl zahrnovat informace o zvládání pracovního stresu, prevenci a

včasném rozeznání počínajícího syndromu vyhoření a možnostech jeho řešení, zdravotnická zařízení (a profesní organizace, pozn. autora) by měla mít preventivní programy předcházení syndromu vyhoření (Friganović a kol. 2019).

### **3.3 Zátěž a vyhoření v souvislosti s perinatální ztrátou**

Porodní asistentky jsou v nejužším kontaktu se ženou/rodinou procházející perinatální ztrátou. Jsou s nimi, doprovázejí je při rozhodování, jsou jako jedny z prvních v kontaktu s dítětem, zajišťují loučení rodiny s dítětem, péči o jeho tělo, naslouchají pocitům a příběhům rodičů. Je to řada výjimečných úkolů, které vyžadují nejen dovednosti odborné, ale také osobní, lidské.

Porodní asistentky jsou vystaveny situacím, které jsou pro rodiče traumatizující, což může vést k rozvoji sekundárního traumatu i u nich samotných. Příznaky PTSD porodních asistentek byly v několika studiích spojeny také se zvýšenou mírou vyhoření, po traumatické perinatální události více než třetina porodních asistentek vážně uvažovala o změně povolání.

Italská studie ukázala, že porodní asistentky trpí syndromem vyhoření (především v oblasti osobního uspokojení z práce – 38 % porodních asistentek) a PTSD více než ostatní poskytovatelé perinatální péče, a to i po krátkém pracovním období. V souvislosti s poskytováním péče u porodu mrtvých dětí vykazovalo 25 % porodních asistentek symptomy PTSD, asistentky vykazující více symptomů PTSD měly zároveň vyšší míru vyhoření ve všech oblastech. Míra PTSD souvisela především s mírou emočního vyčerpání a depersonalizace. Počet odvedených porodů mrtvých dětí s mírou vyhoření nesouvisel. Po 15 letech práce nebo provázení 10 a více žen/rodin perinatální ztrátou bylo pro porodní asistentky zvládnání stresových situací méně obtížné, ale míra vyhoření byla vyšší (což je v rozporu s jinými studiemi, které popisují častější syndrom vyhoření u mladších porodních asistentek s kratší pracovní zkušeností). Dobrá znalost doporučených postupů významně snížila riziko nízkého osobního uspokojení z práce (jedna z domén syndromu vyhoření, ve studii byl používán dotazník MBI).

Obecně traumatické perinatální události přispívají k rozvoji syndromu vyhoření, pocitům bezmoci, nedostatečnosti, emocionálnímu vyčerpání a hlubokému psychickému utrpení u poskytovatelů zdravotní péče (Ravaldí a kol. 2021).

Pečující o ženy/rodiny zažívající perinatální ztrátu mohou zažívat zármutek, úzkost, vztek, bolesti hlavy, napětí, nespavost apod., tyto zkušenosti ovlivňují jejich pracovní i osobní život po stránce psychické i fyzické. Při kontaktu se ženou procházející perinatální ztrátou pociťují zármutek, smutek i strach a úzkost. Se ženami často navazují silné pouto

a tím, že s nimi jsou v jejich zármutku, pomáhají jim ztrátou projít. Vlastní pocity v danou chvíli většinou překonají tak, že se soustředí na jednotlivé úkony a potřeby pacientů a snaží se poskytovat profesionální péči. Vnímají, že nemají dostatek znalostí a dovedností, což zhoršuje jejich prožívání při poskytování perinatální paliativní péče. Někdy mohou zažít konflikt mezi osobním přesvědčením a profesionálním přístupem, například když respektují přání rodičů, kteří nechtějí dítě pohřbít atp. Často mají po proběhlé události potřebu probrat vše v rámci celého týmu, ale naráží na organizační zvyklosti pracoviště. S kolegyněmi se většinou vzájemně podpoří, ale vnímají nedostatečnou organizaci a systémovou podporu. Prožité zkušenosti je významně ovlivní, někdy trvá delší dobu, než na událost přestanou intenzivně myslet, mohou trpět nespavostí atp., často si situace živě pamatují celý život (Willis 2019).

Zdravotníky trápí nedostatek uznání a pozornosti věnované jejich prožívání, potlačování těchto pocitů vede k nízkému sebevědomí, vyhoření a odchodu z práce nebo změně povolání (Ravaldi a kol. 2021).

### **3.3.1 Neočekávané úmrtí dítěte během hospitalizace**

Specifickou zátěž zdravotníkům přináší situace, kdy došlo k neočekávanému úmrtí dítěte během hospitalizace těhotné, při porodu nebo po porodu. Zdravotníci si v takové situaci podobně jako ženy/rodiny kladou otázku, zda situaci nebylo možné zabránit. Zdravotníci musí situaci dobře dokumentovat, prozkoumat a vysvětlit rodině, co se stalo. V průběhu akutních situací je důležité komunikovat se ženou/rodinou a podávat alespoň minimální informace (např. že dítě je v intenzivní péči neonatologů a jakmile budou další informace, hned jim je sdělí). Musí být připraveni na situaci, že rodiče řeknou, že věděli, že je něco špatně a personál na to upozorňovali (Broderick a Cochrane 2013, s. 77).

Sebeobviňování je u zdravotníků velmi časté, i v situacích, kdy je jasné, že nemohli pro záchranu dítěte udělat více, než udělali. Mají silný pocit, že něco vynechali, že se nesnažili dostatečně usilovně nebo že měli dříve požádat o další pomoc, přestože nic z toho není pravda. Někdy obviňují pacienta (říkají si, proč žena nepřišla dříve) nebo kolegy a nadřízené (měli příliš mnoho práce najednou). Nadřízení často cítí zodpovědnost, vedoucí směny má pocit, že měl danou situaci umět vyřešit, i když není nic, co mohl pro zlepšení situace udělat. Zkušenější vedoucí zdravotníci většinou umí kolegům vysvětlit, že nemohli danou situaci ovlivnit, ale sami k sobě bývají kritičtí (Broderick a Cochrane 2013, s. 86-7).

Pokud dítě zemře během hospitalizace, následné pocity provinění a trvající stres mohou negativně ovlivnit přístup pečujících k vnímání perinatální paliativní péče (Eunhi a

Hae Won, 2020).

Porodní asistentky často cítí vůči ženě pocity viny, i když perinatální ztrátě nebylo možné nijak zabránit. Opakovaně prochází a kontrolují všechny provedené postupy, zda udělaly vše správně. Postupem času dochází k posunu vnímání od otázky: „Co jsem měla udělat jinak?“ k obnově profesního sebevědomí: „Udělal jsem vše, co bylo za daných okolností možné.“

Pokud zdravotníci pracují v atmosféře profesního konfliktu a prostředí kritiky, ve kterém je třeba vždy najít viníka, se svými pocity po perinatální ztrátě se vypořádávají výrazně hůře. Mohou prožívat hluboké zaplavující pocity viny a nekriticky na sebe přijímat veškerou vinu za smrt dítěte. Mění se profesní sebevědomí, to, jak vnímají samy sebe jako porodní asistentku. Porodní asistentky se často musí vyrovnávat nejen s vlastními pocity viny, ale také s reakcemi a komentáři kolegyň a lékařů, kteří mohou např. odsuzovat jejich emoce a empatii s truchlící ženou jako neprofesionální a přehnané. Může dojít také k nespravedlivému obvinění a změně v pracovním zařazení (Broderick a Cochrane 2013, s. 93-103).

## 4 POTŘEBY ZDRAVOTNÍKŮ V PERINATÁLNÍ PALIATIVNÍ PÉČI

### 4.1 Vzdělávání

Vzdělání v oblasti perinatální paliativní péče je klíčové pro zdravotníky, především pro porodní asistentky a dětské sestry. Významné je jak kvalitní pregraduální vzdělávání, tak dostupné postgraduální vzdělávání pro zdravotníky pracující ve zdravotnických zařízeních i v rámci komunitní péče. Vzhledem k tomu, že perinatální paliativní péče se vyvíjí, je nezbytné, aby byla součástí celoživotního vzdělávání profesionálů, kteří se s perinatální ztrátou setkávají. Dobré znalosti a komunikační dovednosti vedou k vyššímu sebevědomí zdravotníků a pocitu z dobře odvedené práce v praxi. Vzdělávání v perinatální paliativní péči je součástí standardů pro vzdělávání v porodní asistenci, které vypracovala Mezinárodní konfederace porodních asistentek (ICM, International Confederation of Midwives).

Během výuky je důležité vytvářet bezpečné prostředí umožňující vzájemné sdílení. Je zapotřebí vyvíjet efektivní postupy výuky (např. simulace realistických situací) a nástroje její následné kontroly. Dostatečná pozornost ve výuce by měla být věnována také oblasti sebepečce a psychohygieny (Ratislavová a kol. 2019).

Přístup k perinatální paliativní péči se v jednotlivých zemích světa liší, částečně hraje roli ekonomická vyspělost dané země. I přes snahu různých svépomocných organizací téma perinatální ztráty často představuje tabu. Mnoho zdravotníků tak nezíská kvalitní vzdělání a i přesto, že jsou dostupné mezinárodní doporučené postupy, se při poskytování péče řídí především podle místních kulturních a náboženských zvyklostí.

Například v italské studii 76 % zdravotníků uvedlo, že nikdy neabsolvovali kurz věnovaný perinatální paliativní péči, přitom 90 % zdravotníků by o takový kurz mělo zájem. Studie ukázala velké rozdíly mezi znalostmi a péčí poskytovanou italskými zdravotníky ve srovnání s mezinárodními doporučenými postupy v perinatální paliativní péči. Potvrzuje se tak význam a potřeba postgraduálního vzdělávání v této oblasti (Ravaldi a kol. 2018).

Třetina porodních asistentek vnímá svou přípravu na perinatální ztrátu jako nedostatečnou. Chybějící trénink v perinatální paliativní péči zvyšuje míru traumatického stresu zdravotníků. Profesionální výcvik v této oblasti tak působí jako významný protektivní faktor syndromu vyhoření a prevence sekundární traumatizace zdravotníků.

Porodní asistentky v italské studii, které absolvovaly specifický výcvik v oblasti

perinatální paliativní péče, prokázaly signifikantně lepší znalost mezinárodně doporučených postupů, nehledě na délku praxe (Ravaldi a kol. 2021), stejně tak výzkum z Korei (Eunhi a Hae Won, 2020). Kultura ovlivňuje vnímání smrti a přístup k truchlení. Proto je důležité brát zřetel na kulturní rozdíly i při vzdělávání zdravotníků (André a kol. 2020).

## 4.2 Role profesních a svépomocných organizací

V České republice se na podpoře pozůstalých i podpoře a vzdělávání zdravotníků významně podílí svépomocné organizace a sdružení věnující se perinatální ztrátě. Jednou z nejvýznamnějších svépomocných organizací je spolek Dlouhá cesta. Na jeho počátku stály ženy, kterým zemřelo dítě a objevily podpůrnou sílu vzájemného sdílení. Spolek byl založen v roce 2005, věnuje se podpoře rodin, ve kterých zemřelo dítě v jakémkoliv věku a z jakékoliv příčiny. V roce 2007 se uskutečnilo první velké svépomocné setkání pozůstalých rodičů a mimo jiné vznikl projekt Prázdná kolébka, jehož cílem je podpora rodičů a blízkých příbuzných, kteří zažili perinatální ztrátu.<sup>2</sup> Od roku 2015 pořádá kurz *Péče o rodiče po perinatální ztrátě* pro zdravotníky a další pomáhající profese pod vedením Mgr. Kateřiny Ratislavové, Ph.D. a Mgr. Zuzany Hruškové.<sup>3</sup> Vedoucí kurzu napsaly knihu *Psychosociální podpora při úmrtí miminka. Průvodce pro učitele pomáhajících profesí*,<sup>4</sup> která nabízí efektivní techniky pro vzdělávání, aby absolventi byli schopni aplikovat poznatky v praxi. Na webových stránkách Prázdná kolébka přináší pro rodiče i zdravotníky informace o perinatální ztrátě, možnostech rozloučení, pohřbu, nabízí laické i odborné poradenství pozůstalým, odkazy na krizové linky, materiály pro zdravotníky ke koupi<sup>5</sup> i volně ke stažení.<sup>6</sup>

Profesní organizace Unie porodních asistentek vytvořila projekt Začít znovu, který se komplexně věnuje problematice perinatální ztráty a sdružuje experty mnoha profesí. Projekt je realizován v letech 2019–2021 a jeho cílem je rozvoj systému péče o rodiny procházející perinatální ztrátou tak, aby poskytovaná péče byla profesionální a respektující a aby byla zajištěna její dostupnost a návaznost. Projekt podporuje mezioborovou spolupráci

---

<sup>2</sup> <https://www.dlouhacesta.cz/o-nas>

<sup>3</sup> <http://www.prazdnakolebka.cz/>

<sup>4</sup> <https://www.perinatalniztrata.cz/kniha/katerina-ratislavova-zuzana-hruskova-psychosocialni-podpora-pri-umrti-miminka-pruvodce-pro-ucitele-pomahajicich-profesi/>

<sup>5</sup> <http://www.prazdnakolebka.cz/informacni-materialy-objednavka>

<sup>6</sup> <http://www.prazdnakolebka.cz/letaky-brozury-ke-stazeni>



a vznik sítě profesionálních týmů poskytujících komplexní péči. Informace o perinatální ztrátě se díky němu šíří i mezi širokou laickou veřejnost.<sup>7</sup>

V rámci projektu vznikla webová stránka [www.perinatalniztrata.cz](http://www.perinatalniztrata.cz), která poskytuje přehled informací pro zdravotníky i další profesionály a rodiče. Přináší praktické informace včetně informací ze sociální oblasti,<sup>8</sup> pohřebnictví<sup>9</sup> a právních aspektů upravujících pořizování fotografií zemřelých/umírajících dětí.<sup>10</sup> Věnuje se také oblasti sebepečce zdravotníků (viz dále), tak aby poskytovaná péče byla trvale udržitelná. Přináší katalog knih a brožur věnujících se perinatální ztrátě, z nichž některé jsou k dispozici ke stažení, přehled aktuálně nabízených vzdělávacích aktivit vhodných pro zdravotníky a další profese, přehled organizací<sup>11</sup> a terapeutů, kteří se věnují podpoře pozůstalých rodičů, příklady dobré praxe a příklady zpracovaného plánu péče.<sup>12</sup> Z projektu byl mimo jiné hrazen běh kurzu *Péče o rodiče po perinatální ztrátě*. Katedrám porodní asistence nabízí pro studentky k tématu perinatální ztráty přednášku a workshop se specifickým učebním materiálem.<sup>13</sup> Je připravován také návrh sylabu pro vzdělávání porodních asistentek, který téma rozloží všemi ročníky studia.<sup>14</sup> Od prosince roku 2020 je v provozu telefonická informační linka o perinatální ztrátě poskytující podporu zdravotníkům. Poskytuje informace i nasměrování na krizovou pomoc v případě těžké zkušenosti s perinatálním úmrtím.<sup>15</sup> Letáček s kontaktem na tuto linku viz příloha č. 3.

Cesta domů, která poskytuje zdravotní a sociální služby mobilní hospicové péče na území Prahy, nabízí v případě perinatální ztráty rodičům provázení od chvíle zjištění nepříznivé diagnózy, komplexní psychologickou a materiální podporu, telefonní linku, memory boxy, brožury *Naše miminko zemřelo* a *Našemu dítěti zemřel sourozenec*. Zdravotníkům nabízí knihovnu, poradenství, kazuistické workshopy, školení personálu,

---

<sup>7</sup> <https://www.unipa.cz/zacit-znovu-2019-2021/>

<sup>8</sup> <https://www.perinatalniztrata.cz/postupy-pri-perinatalni-ztrate/prakticke-informace/>

<sup>9</sup> <https://www.perinatalniztrata.cz/postupy-pri-perinatalni-ztrate/spoluprace-s-pohrebni-sluzbou/>

<sup>10</sup> <https://www.perinatalniztrata.cz/postupy-pri-perinatalni-ztrate/pravni-a-eticke-souvislosti/fotografie-mrtve-rozeneho-ditete-ci-plodu/>

<sup>11</sup> <https://www.perinatalniztrata.cz/organizace/>

<sup>12</sup> <https://www.perinatalniztrata.cz/priklady-dobre-praxe/>

<sup>13</sup> <https://www.perinatalniztrata.cz/vzdelavani/workshop-na-vysokych-skolach/>

<sup>14</sup> <https://www.perinatalniztrata.cz/vzdelavani/sylabus-pro-vyuku/>

<sup>15</sup> <https://www.perinatalniztrata.cz/linka/>

semináře (také online).<sup>16</sup>

Centrum pro rodinu a sociální péči v Brně nabízí podporu rodinám (psychoterapie, vedení svépomocných skupin, brožura *Děti nebe – průvodce pro rodiče*) i zdravotníkům. Pro zdravotníky pořádá workshop *Perinatální ztráta – Jak být rodičům oporou a (zároveň) nevyhořet*.<sup>17</sup>

Podpoře rodin zažívajících perinatální ztrátu se věnuje také Perinatální hospic Dítě v srdci z. s. Zdravotníkům nabízí školení věnující se perinatální paliativní péči a sebepečí, krizovou intervencí na telefonu, poradenství, informační materiály a memory boxy.<sup>18</sup>

Inspirativní je také činnost mobilního hospice Nejste sami, který zajišťuje péči v Olomouci a okolí.<sup>19</sup>

Další organizací je nadační fond Klíček. Nabízí seminář dětské hospicové péče a péče zaměřené na rodinu, knihovnu, informační materiály a poradenství, poskytuje pomůcky pro rozloučení včetně chladící kolébky (tzv. Cuddle Cot) k zapůjčení. Rodinám nabízí také možnost převést tělíčko dítěte do hospicového domu v Malejovicích s možností pobytu.<sup>20</sup>

Podporu při ztrátě v prvním trimestru těhotenství a informace o možném dalším postupu poskytuje web „Bylo tu, není tu“ v příručce *Ztráta miminka v prvním trimestru těhotenství a Proč právě já?*, které jsou překladem z anglických originálů, které vydala v roce 2015 organizace Miscarriage association ve Velké Británii. Na webu je také mapa porodních asistentek, dul a lékařek věnujících se podpoře žen při ztrátě u nás.<sup>21</sup>

Problematice pohřebnictví, pietnímu zacházení s dětmi zemřelými během těhotenství a související legislativě se věnuje spolek Tobit.<sup>22</sup> Podpoře pozůstalých nejen po perinatální ztrátě, pořádání rituálů rozloučení a ekologickému pohřebnictví se věnuje organizace Ke kořenům.<sup>23</sup>

### 4.3 Doporučené postupy a standardy péče

Existuje množství národních a mezinárodních doporučených postupů a standardů

---

<sup>16</sup> <https://www.cestadomu.cz/perinatalni-provazeni>

<sup>17</sup> <https://www.crsp.cz/>

<sup>18</sup> <http://www.ditevsrdci.cz/>

<sup>19</sup> <https://nejstesami.eu/>

<sup>20</sup> <http://www.klicek.org/>

<sup>21</sup> <http://www.bylotu-nenitu.cz/>

<sup>22</sup> <http://tobit.cz/>

<sup>23</sup> <https://kekorenum.cz/>

perinatální paliativní péče. Přestože jsou vytvořeny na míru zdravotnímu systému a místním podmínkám dané země, shodují se v základních bodech (respektující péče a osobní zapojení, poskytování informací a srozumitelná komunikace, možnost loučit se s dítětem tak dlouho jak rodiče potřebují, podpora tvorby upomínkových předmětů, čas pro diskusi s rodiči, poskytnutí informací o dalších vyšetřeních a následné setkání s rodiči/následná péče).

Například Claudia Ravaldi, italská lékařka se specializací v psychiatrii, založila v Itálii neziskovou organizaci CiaoLapo Charity, která se věnuje výzkumu a podpoře rodin, které prochází rizikovým těhotenstvím a perinatální ztrátou. Na základě doporučených postupů Perinatologické společnosti Austrálie a Nového Zélandu, Kanadské pediatrické společnosti, Irské zdravotnické služby a doporučení WHO/UNFPA/UNICEF (World Health Organization, Světová zdravotnická organizace /United Nations Population Fund, Populační fond Organizace spojených národů/ United Nations Children's Fund, Dětský fond Organizace spojených národů) byl v této organizaci sestaven CLASS checklist (CiaoLapo Stillbirth Support checklist), doporučený postup shrnující nejlepší evidenci pro postupy při porodu mrtvých dětí (Ravaldi a kol. 2018).

V České republice dosud nejsou plošně přijaté doporučené postupy věnující se perinatální paliativní péči. V rámci projektu Začít znovu vzniká metodický rámec a je poskytována podpora pro zdravotnická zařízení s přípravou personálu a vhodného prostředí pro perinatální paliativní péči. Ve Fakultní nemocnici Olomouc vzniká interní doporučený postup, který sjednotí perinatální paliativní péči personálu gynekologicko-porodnického a novorozeneckého týmu. Postup vychází z publikace Mgr. Kateřiny Ratislavové, Ph.D. *Psychosociální péče o ženy po perinatální ztrátě: Doporučené intervence porodních asistentek*, kterou vydal spolek Dlouhá cesta.<sup>24</sup>

#### **4.4 Psychohygienu a sebepéče**

Psychohygienu můžeme zjednodušeně definovat jako „soubor poznatků, přístupů, pravidel a postupů, které umožňují efektivní předcházení nadměrné zátěži, připravují jedince na její zvládnutí a minimalizují její devastující dopady.“ Psychohygienu může představovat první pomoc v náročných životních situacích a předcházení jejich následkům (terciární prevence), zvyšování odolnosti a přípravu na zátěžové situace (sekundární prevence) nebo životní styl, který předchází obtížným situacím a zvyšuje odolnost vůči stresu (primární prevence). (Takács a kol. 2015, s. 175)

---

<sup>24</sup> <https://www.perinatalniztrata.cz/priklady-dobre-praxe/doporuceny-postup-v-olomouci/>

V každodenním životě automaticky používáme řadu postupů k překonání stresu, jsou to postupy intuitivní, zkušenostní:

- fyziologické postupy – redukuje rozpor mezi biologickou reakcí na stres a sociální realitou, umožňují výdej energie přijatelným způsobem – např. sportovní aktivita, tanec, fyzická práce, v nouzi třeba bouchnutí věcmi apod.
- wellness techniky – masáže, plavání, kosmetika atd.
- dechové techniky – někdy i dech spojený se zpěvem nebo zanáčáváním si
- odstup od situace – četba, sledování filmu, odchod do přírody, změna prostředí
- drobné rituály – chování, které pomáhá při změně rolí/prostředí, startu dne
- sociální opora – bezpečné sdílení problémů a emocí s blízkými
- humor – umožňuje vidět problémy z jiného úhlu, vytváří tvořivá řešení

Některé způsoby zvládání stresu jsou rizikové, například alkohol, nikotin, léky, stresové přejídání apod. V nezdravé míře mohou být nežádoucí i jinak pozitivní aktivity (sport, četba...), pokud se stanou příliš častým únikem z reality (podle Takács a kol. 2015, s. 180-182). Tipy pro sebepečí přináší i portál perinatalniztrata.cz,<sup>25</sup> přehledně jsou uvedeny v tabulce viz Příloha č. 4.

Je užitečné seznámit se i se strukturovanými odborně ověřenými technikami psychohygieny, ideálně pod vedením odborníka, např.:

- relaxace – autoregulační (autogenní) trénink – po zácvičku si techniku jedinec vede sám nebo heteroregulační postup – vedení trenérem, zvukovým nosičem nebo se zvukovou kulisou
- práce s dechem – např. plný jógový dech
- práce s tělem – autoregulační – např. progresivní svalová relaxace dle Jacobsona, heteroregulační – např. Pesso-boyden terapie, masáže
- imaginativní postupy – aktivní imaginace
- bilancování – zaměření pozornosti na pozitivní životní momenty, např. formou vedení deníku vděčnosti
- relaxačně-aktivační metoda – načasování optimálního výkonu v předem stanoveném období (využívané např. u sportovců, pacientů)

(Takács a kol. 2015, s. 182-185)

---

<sup>25</sup> <https://www.perinatalniztrata.cz/sebepece/tipy-pro-sebepeci/>

Zdravotníci by měli mít možnost vzájemné podpory (tzv. peer-to-peer podpora, peer supervize neboli intervize) i profesionální podpory (poradenství, psychologická podpora, externí supervize) v rámci prevence syndromu vyhoření. Po mimořádných událostech je důležitý tzv. debriefing – skupinový rozbor události, analýza krizové situace, jedná se vlastně o formu krizové intervence. Organizační podpora těchto a dalších metod zpracování náročných situací je prevencí traumatu porodních asistentek a měla by být prevencí rozvoje syndromu vyhoření.

Podle italské studie se zdá, že nejdůležitějším faktorem pro rozvoj syndromu vyhoření není množství prožitých stresových událostí, ale jejich psychologický dopad na danou porodní asistentku. Množství potenciálně traumatických událostí každopádně nelze ovlivnit, zatímco jejich dopad lze ošetřit pomocí konkrétních postupů jako např. školení a výcvik v oblasti perinatální paliativní péče, debriefing, supervize a další (Ravaldi a kol. 2021).

Zdravotníci by měli mít kontakty na linky krizové podpory,<sup>26</sup> kam se mohou v případě potřeby obrátit pro krizovou intervenci.

Během samotné péče o ženu/rodinu s perinatální ztrátou by se porodní asistentka měla věnovat jen této ženě a žádné další. Vedoucí směny by měla dohlédnout na to, jestli tato porodní asistentka dodržuje pracovní pauzy a že ostatní porodní asistentky zvládají péči o ostatní ženy. Porodní asistentka by si měla dávat co nejvíce přestávek, chodit na vzduch, dobře jíst a pít (Broderick a Cochrane 2013, s. 75-6). Pokud se sejde velké množství práce s péčí o perinatální ztrátu je stres pro pečující enormní (Eunhi a Hae Won, 2020).

Zdravotníci, kteří se účastnili kvalitativního výzkumu v Norsku, popsali, že pokud se na pracovišti objeví případ perinatální ztráty a nejsou zrovna v dobré kondici, mají tzv. špatný den, snaží se případu vyhnout. Provázení perinatální ztrátou vyžaduje, aby byli plně při síle. Po skončení události by byli rádi, pokud by mohli mít k dispozici určitý čas na zotavení a zpracování prožitků předtím, než se vrátí znovu do práce (André a kol. 2020).

## 4.5 Supervize

Jednou z významných forem podpory pro pomáhající profese je supervize. Supervize může být manažerská, prováděná vedoucím pracovníkem, nebo samostatná profesní disciplína s vlastními etickými principy, které se budeme věnovat dále.

*„Dnešní supervizi lze popsat jako proces reflexe vlastních i společenských priorit*

---

<sup>26</sup> <https://www.perinatalniztrata.cz/sebepece/krizove-linky-podpory/>

*v aktuálních pracovních podmínkách a jejím výsledkem je schopnost zvládat a řešit s nadhledem náročné pracovní situace (silné emoce, obtížnou komunikaci atd.).“ (Havrdová in Takács a kol. 2015, s. 163)*

Formy supervize se mění dle potřeb společnosti a daného oboru. Supervize může být individuální (v páru), skupinová nebo týmová. Funkce supervize podle Proctorové jsou normativní, formativní a restorativní (Proctor 1994). Od doby, kdy byl popsán syndrom vyhoření se rozšířila hlavně restorativní neboli podpůrná podoba supervize. Ve zdravotnictví je potřebná především supervize formativní (vzdělávací, vlastně se jedná o mentoring) a supervize podpůrná (Havrdová in Takács a kol. 2015, s. 163-4).

V rámci zdravotnické organizace bývá supervizor v pozici externisty, tzn. není zaměstnancem nebo vedoucím pracovníkem, což přináší větší pocit bezpečí, důvěru a lepší vztah se supervizorem. Supervize předpokládá zájem a důvěru účastníků. Nezbytná je motivace a zájem o supervizi u vedoucích pracovníků. Supervize musí odpovídat potřebám účastníků, proto se začíná přípravnou fází vyjednávání, kdy se stanovují její podmínky, průběh, potřeby a očekávané výsledky. Následně je supervize bezpečným prostorem pro projednávání problematických témat, pomáhá k lepšímu porozumění v rámci týmu atd. (Havrdová a kol. 2011 in Takács a kol. 2015, s. 164)

Individuální supervize je využitelná v situacích, kdy je obtížné najít skupinu lidí řešící podobná témata, mohou ji využít například vedoucí pracovníci. Skupinové supervize by se mělo účastnit ideálně šest až deset pracovníků s podobnou pracovní náplní, kteří mají o supervizi zájem. Týmové supervize se účastní všichni, kdo tvoří pracovní tým. Pomáhá pak respektovat úlohy jednotlivců, zlepšit organizaci práce a vzájemné vztahy. Obsahem jakékoli supervize mohou být jednotlivé případy, kazuistiky. Z pohledu potřeb účastníků i z pohledu finančního se ve zdravotnictví nejlépe uplatňuje skupinová případová supervize (Havrdová in Takács a kol. 2015, s. 168-169).

Skupinová případová supervize může mít podobu tzv. Balintovské skupiny, jejíž průběh má danou strukturu. Nejprve se přihlásí pracovníci, kteří mají zájem s ostatními účastníky probrat své konkrétní případy. Stručně tyto případy popíší a skupina hlasováním vybere případ (kazuistiku), kterému se bude dále věnovat. Vybraný člen podrobně popíše daný případ, vše důležité, co ho k dané situaci napadá, ostatní členové skupiny se doptávají na další podrobnosti. V další fázi tzv. „empatické fantazie“ se členové skupiny snaží vžít do jednotlivých účastníků popsané situace a popsat své postřehy. Následně vyjadřují svá doporučení, jak by postupovali při práci s daným případem. Následně ten, kdo případ

prezentoval, poskytne zpětnou vazbu a popíše, co z nápadů ostatních mu připadá užitečné. Na závěr každý člen skupiny poskytne zpětnou vazbu a popíše, co si ze skupiny odnáší. Supervizor vedoucí skupinu tento proces moderuje, hlídá čas pro jednotlivé fáze, dodržení obsahové náplně, povzbuzuje a oceňuje jednotlivé členy skupiny, může přidat i své postřehy a doporučení (Pešek a Praško 2016, s. 147-8).

#### **4.5.1 Přínosy supervize**

Společenské změny, důraz na individualitu a partnerský přístup vedou ke složitějším situacím jak ve vztahu s pacienty/klienty, tak ve vztazích na pracovišti. Supervize přináší společnou reflexi a hledání optimálního řešení problémů (Havrdová in Takács a kol. 2015, s. 164).

Pokud se účastníci věnují tématům, která jsou pro ně opravdu důležitá a supervizi důvěřují, pomáhá překonávat obavy, nedorozumění, získat zpětnou vazbu, informace, zkušenosti a ocenění. Supervizor pomáhá vytvářet určitou kulturu vztahů, principy, které se pak postupně přenáší na dané pracoviště. Pravidelná supervize přináší účastníkům vyšší míru pracovní angažovanosti a uspokojení, vyšší odolnost vůči stresu. Pomáhá k lepší spolupráci v rámci týmu, působí jako prevence vyhoření. Supervize je vhodnou investicí pro zdravotnickou organizaci, vede k menší nemocnosti a fluktuaci zaměstnanců, zvyšuje efektivitu práce a spokojenost pacientů (Havrdová in Takács a kol. 2015, s. 167).

#### **4.5.2 Překážky zavádění supervize ve zdravotnictví**

Do zdravotnictví proniká supervize mnohem méně a později než v oblastech sociální práce, psychoterapie nebo pedagogiky. Existuje řada překážek, které zavádění supervize ve zdravotnictví brání. Hierarchie zdravotnických pracovišť brání vzniku důvěry v supervizi, největším problémem je především zavedení týmové supervize (Havrdová in Takács a kol. 2015, s. 169).

Představa úspěšného zdravotníka je spojená s racionálním přístupem, potlačením emocí, silovým zvládnutím problémů. Ohrožení soudními spory a prosazující se komerční přístup v porodnictví způsobují tlak, který vede k posílení tohoto přístupu. Předstírání jistoty, nedůvěra a nahromaděné křivdy brání otevřené spolupráci v rámci supervize. V rámci hierarchické neosobní instituce převažuje obrana proti změnám, proti všemu, co by odhalovalo pocity nejistoty atp. Supervize respektuje důstojnost jedince včetně jeho emocionální stránky a uznání zranitelnosti, zavádí demokratickou organizační kulturu (Havrdová in Takács a kol. 2015, s. 163-6).

Supervizi je nutné nabízet a zavádět postupně. V zahraničí má více než staletou

tradici a v různých podobách je pevně zakotvena. V porodní asistenci Velké Británie tvoří supervize systém dohledu nad porodní péčí, každá porodní asistentka má přiděleného supervizora, supervize je regulována standardy a úředně kontrolována. Vedle kontrolní role však narůstá především podpůrná složka supervize. V Německu patří supervize mezi jednu z forem dalšího volitelného vzdělávání a podpory porodních asistentek. Vede k prohlubování kompetencí, zlepšuje mezioborovou spolupráci, je zdrojem profesionální a emoční podpory. V českém zdravotnictví stále chybí (Havrdová in Takács a kol. 2015, s. 166-170).



# PRAKTICKÁ ČÁST

## 5 FORMULACE PROBLÉMU

Perinatální ztráta, tedy narození mrtvého dítěte nebo smrt novorozence krátce po porodu, je neočekávaná tragická událost, která patří k nejtěžším životním zkušenostem. Ztráta zasáhne do života rodičů a celé rodiny, zároveň je náročnou situací i pro provázející zdravotníky. I přes veškerou snahu a pokroky v perinatální medicíně je smrt součástí všech fází života.

Postupy a chování zdravotníků v této situaci mohou velmi ovlivnit prožívání pozůstalých. Perinatální paliativní péče se proměňuje a vyvíjí, přibývá informací o tom, jak by měla péče zdravotníků vypadat, jak poskytnout rodičům emocionální podporu a prostor pro proces truchlení. Na zdravotníky jsou tak kladeny vysoké nároky. Poskytování kvalitní perinatální paliativní péče vyžaduje znalosti, týmovou oporu, psychohygienu a naplnění psychologických potřeb zdravotníků.

Tato práce se zaměřuje právě na zdravotníky a klade si otázky: Jaké jsou potřeby zdravotníků provázejících rodiče perinatální ztrátou? Jaké znalosti o perinatální paliativní péči zdravotníci získávají? Jakým způsobem se zdravotníci v praxi vyrovnávají s perinatální ztrátou? Jaké mají možnosti psychologické pomoci a jaké způsoby podpory jim schází?

## **6 CÍL A ÚKOLY PRÁCE**

### **6.1 Hlavní cíl**

Zjistit, jaké jsou potřeby a prožitky zdravotníků provázejících rodiče perinatální ztrátou.

### **6.2 Dílčí cíle**

1. Analyzovat potřeby zdravotníků poskytujících péči ženám/rodinám při perinatální ztrátě.
2. Analyzovat prožitky zdravotníků v souvislosti s poskytováním perinatální paliativní péče.
3. Zjistit, jaké prostředky psychohygieny vybraní zdravotníci využívají v pracovním a osobním životě.
4. Identifikovat problémy zdravotníků při poskytování perinatální paliativní péče a navrhnout doporučení pro praxi.

### **6.3 Výzkumné otázky**

1. Jaké jsou potřeby zdravotníků při provázení žen a rodin perinatální ztrátou?
2. Jak participantky získávaly své znalosti a dovednosti v oblasti perinatální paliativní péče?
3. Co prožívají participantky v průběhu poskytování péče ženám zažívajícím perinatální ztrátu? Jak se měnilo jejich prožívání v souvislosti se získanými zkušenostmi?
4. Jaké formy psychohygieny participantky využívají v praxi?
5. S jakými problémy se participantky v praxi potýkají, co je omezuje při poskytování perinatální paliativní péče? Co participantky navrhují pro zlepšení?

## **7 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU**

Výběr vzorku participantů pro bakalářskou práci byl záměrný. Kritéria výběru byla následující: žena, porodní asistentka, která ve svém profesním životě opakovaně pečovala o ženu (a případně její rodinu, doprovod) během perinatální ztráty.

Byly vybrány 2 participantky. Cílem bylo vybrat porodní asistentky, které mají zkušenosti s problematikou perinatální ztráty, nejedná se o náhodný vzorek zdravotníků, jejich pohledy a zkušenosti nelze považovat za všeobecně platné. Zároveň byly záměrně vybrány porodní asistentky s rozdílným způsobem práce, které mohou přinést odlišné pohledy na problematiku – jedna poskytovala ženám kontinuální péči jako komunitní porodní asistentka s externí smlouvou v nemocnici, druhá je zaměstnankyní nemocnice na plný úvazek.

Participantky byly seznámeny s cílem a povahou výzkumu, ujistěny o anonymitě výzkumu, možnosti nezodpovědět nepříjemné otázky a možnosti spolupráci kdykoli ukončit. Dobrovolně podepsaly informovaný souhlas, který je přiložen v přílohách práce – prázdný z důvodu zachování anonymity (viz Příloha 1).

## 8 METODIKA PRÁCE

Vzhledem ke specifickému charakteru zkoumaného fenoménu byl pro naplnění vytyčených cílů práce použit kvalitativní výzkum.

Kvalitativní výzkum se vyvíjel v určité opozici k výzkumu kvantitativnímu. V počátcích sociálněvědních oborů koncem 19. století se vymezoval vůči zavedenému vědeckému pozitivismu a kvantitativnímu přírodovědnému přístupu (Hendl 2005, s. 69). I jedna z jeho definic je negativním vymezením vůči metodám kvantifikace a statistiky. Vhodnější definice popisuje kvalitativní výzkum jako „*proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.*“ (Creswell 1998 in Hendl 2005, s. 50).

Stejně jako jiné druhy výzkumu má kvalitativní výzkum své výhody a svá omezení. Je zaměřený na detailní průzkum daného fenoménu, nejčastěji v přirozených podmínkách několika málo jedinců. To přináší možnost objevit a popsat nové jevy, vytvořit hypotézy, ale brání zobecnění závěrů na větší společenské celky a replikaci výzkumu. Dochází k blízké interakci výzkumníka a účastníka, s tím souvisí velké riziko subjektivního zkreslení. Sběr dat a jejich analýza probíhá většinou dlouhodobě a opakovaně, výzkumu bývá vytýkána malá transparentnost (Hendl 2005, s. 49-53). V sociálněvědní praxi získal kvalitativní výzkum rovnocenné postavení k dalším formám výzkumu. Vznikají smíšené výzkumy, neboť různé metody výzkumu se vzájemně doplňují (Hendl 2005, s. 63).

Cílem práce bylo detailně zmapovat pocity a potřeby zdravotníků při poskytování perinatální paliativní péče. Pro získání dat bylo použito několik metod: polostrukturovaný rozhovor, pozorování a analýza dokumentů.

Rozhovor byl hlavní použitou metodou. Okruhy otázek polostrukturovaného rozhovoru vycházely z výzkumných otázek (viz Příloha 2 – Návod k rozhovoru). Byly kladeny otevřené otázky, podněcující otázky, doplňující otázky, shrnující otázky potvrzující porozumění. Rozhovory byly se souhlasem participantek nahrány na diktafon.

Doplňkovou metodou sběru dat bylo pozorování. Zúčastněné pozorování umožňuje získat další informace a přiblížit vnitřní úhel pohledu účastníků studie (Hendl 2005, s. 193). Pozorování probíhalo zároveň s rozhovorem a s vědomím a souhlasem účastnic studie. Všechny okolnosti rozhovoru, zaznamenané projevy v chování, výrazná gestikulace, změny intonace atp. byly zapsány.

## **9 ORGANIZACE VÝZKUMU**

Výzkum probíhal od prosince do března. Rozhovory probíhaly po individuální domluvě a podle potřeb participantek. Během rozhovorů byly postupně probrány všechny předem stanovené okruhy (viz Příloha 2 – Návod k rozhovoru).

S participantkou č. 1 proběhlo seznámení na vzdělávací akci profesní organizace. Rozhovor se uskutečnil v prázdné čajovně během jednoho odpoledne v prosinci, trval necelé dvě hodiny a byl rozdělený delší přestávkou. Bylo s námi dítě participantky zhruba v batolecím věku. Participantka č. 2 se do výzkumu dobrovolně zapojila po oslovení prostřednictvím staniční sestry porodního sálu nejmenované porodnice. Rozhovor proběhl jedno pozdní odpoledne v lednu v odpočinkové zóně prázdného porodního sálu v porodnici, ve které porodní asistentka pracuje a trval zhruba hodinu a půl.

## **10 ZPRACOVÁNÍ DAT**

Nahráný materiál byl krátce po provedení rozhovoru přepsán do elektronické podoby. Byla provedena obsahová analýza textu. Jednotlivá témata v rozhovoru vztahující se k jednotlivým výzkumným otázkám byla okódována – barevně označena metodou tužka papír a následně rozdělena do podtémat viz kapitola 11 Analýza a interpretace výsledků.

V citacích participantek byla anonymizována jména zdravotníků a porodnic, a také byly odstraněny některé často se opakující parazitní výrazy, pokud to neměnilo význam výpovědi.

## 11 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Participantka, se kterou jsem dělala rozhovor jako první, porodní asistentka 1 (dále označena jako PAS1) v roce 2017 dokončila bakalářské studium porodní asistence, následně pracovala jako komunitní porodní asistentka a měla zhruba rok externí smlouvu s menší porodnicí, nyní je svobodná matka na mateřské dovolené. Zájem o porodní asistenci v ní vzbudilo její vlastní těhotenství, během kterého měla zájem o služby komunitní porodní asistentky a zjistila, že jich je málo. Následně osobně prožila dvě perinatální ztráty za sebou a dle jejích slov i díky tomu šla studovat porodní asistenci. Během posledního ročníku studia provázela asi u dvou případů a během spolupráce s porodnicí asi u tří případů perinatální ztráty (nebyla si přesně jistá, které případy počítat, k perinatálním ztrátám byla volána a někdy nebyla přítomna celému procesu, porodu).

Druhá porodní asistentka, se kterou jsem dělala rozhovor (dále PAS2), má 21 let praxe. Vystudovala nejprve porodní asistenci na vyšší odborné škole (absolutorium 2003) a později při práci si dálkově doplnila také bakalářské studium porodní asistence (absolutorium 2007). Přesně si nevybavuje, co ji k oboru přivedlo. Setkala se s porodními asistentkami na internátu a četla o PAS knihu, následně ji začala zajímat péče o ženu. Je svobodná, děti nemá. Pracuje v menší porodnici a během své praxe provázela perinatální ztrátou sedmkrát ( uvedla, že se jednalo o donošené novorozence v termínu porodu, ztrát v nižších týdnech těhotenství zažila nepočítaně).

### 11.1 Získávání znalostí a dovedností v perinatální paliativní péči

#### 11.1.1 Teoretické vzdělání

PAS1 uvedla, že se během výuky k tématu perinatální paliativní péče dostávaly častěji díky tomu, že vyučující věděly o jejích osobních zkušenostech s perinatální ztrátou. **Nezpomíná si přesně na to, že by v rámci nějakého předmětu byl tématu plánovaně věnován větší prostor.** Tématu se možná věnovali v rámci ošetrovatelství nebo komunikace: „...při nějakých tématech, kdy se třeba řešilo, že by ta porodní asistentka měla se vcítit nebo měla respektovat to přání. Ale nebylo to vysloveně vyspecifikovaný.“

V průběhu studia se účastnila kurzu Kateřiny Ratislavové a Zuzany Hruškové *Péče o rodiče po perinatální ztrátě* a kurzu s Alenou Peremskou (zakladatelka Perinatálního hospice Dítě v srdci), který byl zaměřený také na potřeby zdravotníků v souvislosti s perinatální ztrátou. Tématu se věnovala také teoreticky, četla dostupné materiály a literární zdroje.

PAS2 vyprávěla, že **během studia na vyšší odborné škole se o perinatální ztrátě vůbec nehovořilo**. S tématem se setkala poprvé při školní praxi. **V rámci bakalářského studia téma hodně probírali v rámci psychologie**.

Dále četla dostupné zdroje informací, knihy a články. První informace o problematice perinatální paliativní péče a podpoře kontaktu a rozloučení matky s dítětem získala díky kolegyni, která téma zpracovávala jako kvalifikační práci během studia na vyšší odborné škole: „...*což tenkrát byl velký třesk právě, **tou dobou o tom nikdo nic nevěděl**. Tu kolegyni to tenkrát tak rozhodilo na praxi, že ona má mámu psychiatricku a ona začala hledat, začaly s mámou hledat v těch cizích zdrojích... Takže ona napsala tu práci, tím já jsem si to přečetla, začalo mě to zajímat, ale že by to bylo nějaký, že bychom o tom něco věděly, to určitě ne. No, ale to nikdo nevěděl... Pak Ratislavová vydala svou knížku, pak nám nabízeli kurz, toho psychosociálního intervenanta, to bylo taky v rámci školy... Já jsem si třeba našla na internetu, Prázdná kolébka, Tobit, tady tudy věci, **to jsem si našla sama**... Já jsem totiž měla o tom i přednášku pro veřejnost, a hledala jsem si.“*

### 11.1.2 Praxe

V nemocnici, kde PAS1 vykonávala praxi, také věděli o jejích osobních zkušenostech a že se tématu perinatální ztráty věnuje, díky tomu se provázení věnovala i během školní praxe, domnívá se, že spolužačky se na praxi s tématem téměř nesetkaly: „*Tím, že jsem s tím měla zkušenost z vlastního příběhu, i tím, že jsem byla starší a chodila jsem na praxi do nemocnice XY, kde to o mě věděli, a věděli, že se těm ženám věnuju, **tak mě v podstatě nechali s nima pracovat, protože nikdo moc jako nevěděl, co s nima***.“

PAS2 se s tématem setkala poprvé na praxi v rámci studia vyšší odborné školy. Vyprávěla, že tou dobou se o tématu nic nevědělo, přístup bránil kontaktu matky a dítěte. „...***nic jsme nevěděly**. Prostě narodí se mrtvý miminko, je to docela hrozný samozřejmě, ale jako konec zvonec, nic víc se okolo toho... Tam to tenkrát bylo ještě hlavně jako neukazovat, prostě úplně jinak, než je to teď*.“ Jako studentka měla z praxe nepříjemné zážitky. K případům perinatální ztráty byly posílány bez dalších informací: „*Tenkrát na praxi, když ještě byla stará porodnice, a vlastně vůbec s tím neměli žádný problém, normálně dokonce bych řekla, **mě to tak přišlo, že nás tam prostě nastrčili**... To byl nějaký 28. týden, to si ještě takhle pamatuju, tak nás tam normálně dali, **nic nám neřekli**, řekli nám jenom, že paní má mrtvý dítě a ať jsme tam, a to bylo všechno. A až kdyby něco se nám nezdálo, tak že je máme zavolat... Ale tam nebylo moc co jak hlídat, takže mi to přišlo takový, **přišlo mi to hrozný**,*

*divný a nelíbilo se mi to.* “ Tématu perinatální paliativní péče se dle PAS2 začala věnovat pozornost až zhruba po roce 2007. „Z praxe vůbec jsem si já nic takovýho neodnesla.“ „Můžeme rovnou říct, že na praxi nic, absolutně.“

### **11.1.1 Zhodnocení vlastních znalostí a dovedností**

PAS1 díky vlastním zkušenostem i díky tomu, že se o problematiku zajímala a věnovala se jí, hodnotí své znalosti jako dobré. Na základě zpětné vazby žen se zdá, že po lidské stránce ženám s perinatální ztrátou velmi pomáhá: „*Já si myslím, že tím, že jsem si to sama prožila... vlastně to první jsem prožila tak, že jsem byla absolutně jako nevědomá, a to druhý dítě jsem, jsme už věděli, co chceme, a prostě chtěli jsme to jinak než to, co jsme prožili předtím, tak mě to téma v té době hodně zajímalo a zkoumala jsem to. A i tím pádem člověk se do té ženy může vžít a vlastně je to pro ty ženy takový uvěřitelný, když tam máš tu osobní zkušenost. ...moje znalosti neříkám že jsou nějak úplně odborný, ale po tý lidský stránce si myslím, že to těm ženám vždycky, nebo když jsem od nich měla zpětnou vazbu, že jim to pomohlo, že i věci, které jsem jim říkala, že si v tu chvíli třeba nedokázaly představit a přišlo jim to divný, tak ale po třeba měsíci dvou za to děkovaly, že i přesto, že jim to tenkrát přišlo divný, tak jsou teď za to rády.*“

PAS2 se domnívá, že teoretické informace, které se vyučovaly v rámci psychologie na bakalářském studiu, jsou dobré a obecně teoretické informace jsou dnes již dobře dostupné na internetu, ale že je důležitá praxe, trénink komunikace a trénink konkrétních situací, určitě by i ona sama měla zájem o případné další kurzy. „*V rámci té školy, co nám řekli, není úplně špatný. V rámci psychologie jsme to probíraly, teď když k tomu byla ta literatura, a že si to člověk může stáhnout na internetu, tak si myslím, že by to stačilo. Ale, spíš nevím, co jsme třeba nedělaly, trošku si to zkusit. ...že bychom si to nahrály, a naučily bysme se třeba některý ty fráze, alespoň ty počáteční, že je vám to líto... Chtělo by to víc komunikovat. Protože já osobně s komunikací třeba nemám problém. Ale někdo, kdo standartně má problém s komunikací, tak potom si myslím, že pro něj tuto úplně není. Tak by to chtělo si myslím, nějaký výcvik určitě, a myslím si, že by to mohlo jít už v rámci školy, ještě prakticky si to vyzkoušet, nasimulovat.*“

## **11.2 Prožitky při provázení perinatální ztrátou**

V rozhovorech jsem porodní asistentky požádala, aby popsaly své poslední případy provázení žen/rodin perinatální ztrátou. Porodní asistentky popsaly celkem podrobně tyto různorodé případy, jak probíhala péče, co vykonávaly a nabízely, své pocity v té situaci



nezmiňovaly, i když při vzpomínání na dané případy je někdy projevily neverbálně (například dojetí). PAS1 jsem se následně doptávala na prožitky během poskytování této péče, PAS2 k popisu pocitů přešla v návaznosti na téma vzdělávání, kdy mluvila o potřebnosti tréninku dovedností a komunikace.

### 11.2.1 Pocity během provázení

Obě porodní asistentky popsaly své pocity z celkového pohledu, co prožívají a jak se snaží reagovat při provázení perinatální ztrátou obecně. Obě porodní asistentky zmínily pocity lítosti a smutku vedoucí až k pláči, a zároveň popsaly soustředění se na poskytování péče a jednotlivé úkony s ní spojené, určitou míru nadhledu a oddělení od osobního prožívání zármutku dané ženy/rodiny. Vědomě se snaží udržet si tento odstup proto, aby mohly poskytnout kvalitní péči.

PAS1: „*Já v podstatě vždycky když tu ženu doprovázím, nebo ty rodiče, při takových situacích, mám pocit, že **jsem v nějaký jako ochranný bublině**, kdy jsem schopná fungovat zcela jako realisticky, jako sice citlivě vůči těm rodičům, občas tě to **samozřejmě dojme, takže i třeba slza ukápně**, ale je to pro mě takový jako, nemám tam asi úplně tu osobní rovinu, kdybych se do toho ponořila, že vlastně by se mě to nějak hluboce dotýkalo, a nechci aby to znělo necitlivě, ale prostě je tam takový, jako že **umím si tam mezi to dát to že vlastně to je ten jejich příběh** (výrazná gestikulace – vymezuje rukou hranice, poklepává do stolku), a já jsem jenom ten průvodce - mě z toho úplně mrazí (tlumenějším hlasem).“*

PAS2: „*Tak cítím se určitě nepříjemně. Jak bych vám to popsala... Tak **cítím se nepříjemně, je mi to líto**, chce se mi třeba i ze začátku, když paní vidím, když přijde, tak **třeba se mi chce i brečet**, jako trošku, ale samozřejmě **snažím se to v sobě všechno tak nějak jako potlačit**, abych mohla té ženě pomoci nějakým způsobem. Jo, protože tady s ní prostě budu, tak **aby ještě jsem já nebyla rozsypaná, když paní je rozsypaná**, tak hodně je to nepříjemný, jo velmi.“ „*Takže nepříjemnej pocit, takový napětí, chce se mi brečet, ale **musím to v sobě, musím se trochu odosobnit**. I když jde to strašně těžko.“**

Obě porodní asistentky popsaly také, že dopředu promýšlí, jakým způsobem dané ženě nabízet možnosti rozloučení s dítětem a že je vhodnější, pokud na toto promyšlení a na přípravu ženy/rodiny mají více času. V příbězích obou porodních asistentek hrála komunikace se ženou/rodinou o možnostech kontaktu a rozloučení s dítětem významnou roli. PAS1: „*V podstatě je to vždycky stejný. **Vždycky třeba přemýšlím nad tím případem**, protože někdy se to dozvíš dopředu a někdy je to tak, že najednou jako přijde ta žena na to*

oddělení. Takže třeba jak jsem mluvila o tom doktorovi XY, který mi volal, tak tam jsem měla možnost o tom třeba tu hodinu cesty přemýšlet. Tady to najednou byla žena, která byla po porodu a vlastně už u sebe měla to mrtvé dítě, takže jsem přemýšlela, jak to vlastně bude. **Že to je jiný trošku, než když s nima pracuješ ještě před porodem a máš možnost jim tam nastínit tu situaci a máš dost času.** Tady u té paní úplně teda nebylo moc času, protože ona asi během hodiny porodila.“

PAS2: „No a snažím se potom přemýšlet už o tom, jak třeba, protože když paní o tom nic neví, neví že si může pochovat miminko, neví že jí můžu obtisknout nožky a takovýchle věci, tak pak začnu přemýšlet o tom, jak to té paní řeknu, jak jí to jako nabídnu, jaký jsou možnosti. Tak nad tím pak začnu, hned přejdu na tohleto, že začnu uvažovat tadyhle o tutěch věcech.“

PAS1 se snaží ženy ztrátou šetrně provést a má k nim stejný přístup, ať jde o ženu z jakéhokoli prostředí, jakoukoli situaci: „...já jsem jenom ten průvodce, kterež prostě je tam v tu chvíli k dispozici a snažím se je vlastně provést tím co nejšetrněji, ať je to jakýkoliv člověk, ať je to žena prostě, která je sociálně slabší, ať je to žena, která je z nějaké vyčleněné skupiny, ať už etnický, nebo prostě ať jsou to lidi, kteří se třeba zajímají o ty věci, a tak je mi to celkem jedno vlastně, v tu chvíli jsem nastavená tak, že tam mám stejný přístup, prostě je to ta rodičí žena, která přišla o to dítě.“

PAS1 dále popsala, že v době, kdy provází rodiny na porodním sále tak jsou často ve fázi šoku a zaměření na praktické fungování, a tak situace ani u ní nevyvolává silné pocity žalu nebo lítostivosti: „Nemám tam vlastně ty pocity, že by bylo něco špatně, neříkám, že mi to není líto, třeba v tu chvíli, když rodí. Ale většinou když ty rodiče stejně doprovázíš a máš tu možnost se s nimi setkat na porodním sále, tak většinou je tam stejně ta fáze šoku, takže tam kolikrát je to takový, ne že by tam neprobíhaly emoce, ale není to úplně vysloveně takový to lítostivý... Ale prostě vidíš, že oni potřebují jenom to přežít a vlastně teď nějak fungovat, takže ani u mě to nevyvolává nějaký úplně... že třeba kolikrát je i takový prostor pro, když to řeknu, trošku černý humor, nebo něco takového, jo, že tam člověk vloží a i ty rodiče to tak berou.“

PAS1 si vzpomíná z vlastních zkušeností, že jí velmi podpořily upřímné projevy zdravotníků, že zdravotník může projevit své pocity a není to chyba: „Pokavaď ten zdravotník tam právě i třeba přizná to, že vlastně neví, jak se v tuhle chvíli chovat, nebo neví co říct, nebo i třeba brečí, tak i pro tu ženu je to v pořádku, je možný tam přiznat vlastně ty

*svoje emoce a pocity, a přesto mít dobrý pocit z dobře odvedené práce.*“ Potřeby žen jsou individuální, ale PAS1 z osobní zkušenosti vnímá jako důležité projevy lidskosti: *„Takže za mě ty situace, když se to udělá fakt v té lásce a péči k tomu dítěti, i přesto, že to dítě je mrtvý. Třeba to si vzpomínám, a to se ve mně zarylo od našeho porodu, kdy přišla dětská sestra a když ho odnášela, tak na něj mluvila jak na živý miminko. Prostě říkala: „tak pojď sem, ty“ (šišlavě) a to ve mně tak zůstalo a byl to takový projev jako lidskosti.*“

### 11.2.2 Následné pocity

Pocity, které v nich zůstávají po provázení ženy perinatální ztrátou, popsaly porodní asistentky odlišně. PAS1 při otázce po následných pocitech nejprve vysvětlila svůj osobní přístup, životní nastavení, jak vnímá smysl ztráty i ze svých osobních zkušeností se ztrátou (viz další kapitola). Během vzpomínání na případy provázení perinatální ztrátou pak upřímně popisovala pozitivní pocity, i když zároveň vyjadřovala, že to je nejspíš v rozporu se společenským očekáváním (možná tím více se snažila tuto stránku provázení zdůraznit).

PAS1: *„Ve mně to asi nezanechává vlastně žádný pocity rozdílný od toho, kdy doprovázím tu ženu s živým dítětem a od toho kdy doprovázím tu ženu s tím mrtvým dítětem. Prostě vlastně, i když se narodí mrtvé dítě, tak kolikrát když je ten proces takový jako přirozený, tak jsou tam i ty hezký pocity, kdy se ty rodiče loučej i ta žena prostě, je tam takový i pocit, když to řeknu, jako štěstí. Sice víme všichni, že to dítě je mrtvý, ale vlastně ta vděčnost za to, že s tím dítětem můžeš být a rozloučit se, tak kolikrát je to fakt jako hezký, i přestože to dítě nežije.*“

Pozitivní pocity pramenily z toho, že se podařilo ženám zajistit intimní a respektující atmosféru při porodu a loučení s dítětem. Provázení perinatální ztrátou vnímala téměř jako privilegium. PAS1: *„Pro mě je to většinou taková jako milá vzpomínka, že jsem ty rodiče mohla doprovodit v té jejich těžký situaci a tím, jak prostě to fakt probíhá v takový tý, když to řeknu, takhle to zní blbě jo, ale krásný atmosféře, že tam je fakt jako to přítmi, dělá se to všechno s respektem, tak já tam k tomu nemám nikdy, vlastně negativní pocity...“*

PAS2 popsala přetrvávající i vtíravé myšlenky a zároveň rituál, který provádí s kolegyněmi na pracovišti, kterým se snaží tyto myšlenky a situaci proběhlé perinatální ztráty uzavřít (další způsoby, jak participantky situace zpracovávají, viz kapitola 11.4 Psychohygienu a sebepéče).

PAS2: *„Jak to zpracovávám? No, ještě to leží, určitě, to nejde jenom tak, spíš prostě na to myslím večer, fakt jsou ještě ty vtíravý myšlenky někdy jo, a trvá to. A my máme u nás*

*takový zvyk, když přijde takhle nějaká paní rodit, tak **my zapalujem svíčku**. Vlastně tady odpoledne, když je to přes den, tak se nám to tak připomíná, že jako dušička, tak to tady **máme s kolegyněmi schovaný ve skříni**, tak máme takový jako pálení. A když nám ta svíčka vyhoří, dojde, tak se snažíme, **snažit se říct že jako dobrý. Že už to jako přešlo, že jsme udělaly, co jsme mohly**. No, ale, jako myslí se na to chvíli, určitě. Nejde to úplně zapomenout. To nejde, to nikdy. Já to vidím jako dneska, všechny.“*

Později PAS2 popsala také pozitivní pocity z dobře odvedené práce: *„**Člověk má dobrej pocit, že jí mohl pomoci, že udělal asi všechno to, co mohl udělat**, a víc že už se asi dělat nedá. Možná, že by se dalo, ale nevím, jak už víc tady v tom časovém skluzu, víc už asi nejde. A taky neumím, taky nejsem psycholog, abych teda to s paní potom probírala, kdyby ona opravdu začala hodně, chtěla probírat ty pocity, tak já bych si jí určitě vyslechla, řekla bych jí nějaký názor, ale musela bych to fakt přehrát na nějakýho odborníka. ...ale přesně, dobrej pocit z té práce, dobrej pocit, že jsme jí mohli pomoci, **dobry pocit, že to nemusí mít psychický následky do budoucna, že jí můžeme takhle pomoci překonat trošičku to trauma**. Ale vědět právě co dělám, protože věřím tomu, že ne každá porodní asistentka, asi každé to neumí, aby s tou paní si povídal.“*

Ani jedna participantka osobně nezažila situaci, kdy by došlo k neočekávanému úmrtí dítěte během porodu. PAS1 byla po jednom takovém případě k ženě přivolána a lékař s ní sdílel své pocity viny: *„**Měl pocit, že něco mohl udělat líp, nebo že ty dětský mohli líp resuscitovat a byl i přítomen pak pitvě, protože chtěl vidět, co tam bylo**. ...vlastně jsem mu říkala, že udělal určitě to nejlepší, co mohl, a že kdyby to šlo jinak, tak to udělá jinak. Tam nebyla ta příčina, že by někdo chyboval. To je další věc, kterou si myslím, že my **už nejsme zvyklí v té společnosti na tu smrt a jsme zvyklý, že všechno zachráníme**, ale ono to tak není vždycky. Prostě kolikrát to dítě zemře a není nikdo, kdo by za to mohl.“*

### **11.2.3 Zpětná vazba**

Z vyprávění PAS1 se zdálo, že i díky specifickému způsobu práce navazovala se ženami bližší vztahy a při popisu případů zmiňovala, že s rodinami zůstává v dalším kontaktu. Například vyprávěla o ženě, která byla hospitalizovaná delší dobu, vyvolával se porod mrtvého dítěte ve 24. týdnu těhotenství. Vyvolávání se nedařilo, trvalo delší dobu. *„**Mezitím ten týden vlastně jsme měly možnost ji připravit, bylo tam dostatek prostoru a času jim i s partnerem všechno vysvětlit, jak to bude probíhat a připravit je na to vlastně, co přijde, a co by teda chtěli a jak by to chtěli, takže jsme se domlouvali. Navázali jsme tam takovej hezkej vztah, vlastně do dneška si píšem a prostě jsme tak nějak jako v kontaktu**.“*

Tento kontakt se ženami PAS1 umožňuje získat zpětnou vazbu a podílí se na pocitu dobře odvedené práce. I díky tomu PAS1 popisuje obecně pozitivní pocity při vzpomínkách na případy perinatální ztráty. *„Mám na to prostě hezký vzpomínky, i ty rodiče se k tomu vracej kolikrát, že prostě jsou rádi, že to takhle mohli prožít a vlastně jsou tam jako dobrý pocity k tomu. Je tam takový jako to naplnění, že vlastně mohla jsem je provést tím a mohla sem jim umožnit to nejlepší, co jako umím. Takže možná je tam ten pocit z dobře odvedené práce, jo. A není tam žádný, určitě tam nemám žádný trauma, který by mě pak tížilo, ale naopak. Patří to k životu, a když je vlastně ta možnost to udělat dobře, tak jsem za to ráda.“*

Ne se všemi ženami byla v pozdějším kontaktu. Vyprávěla případ ženy, které po perinatální ztrátě dvojčat slíbila, že se za ní ještě další den zastaví, ovšem další den měla PAS1 na sále hodně práce a žena odešla z nemocnice dříve, než se za ní stihla zastavit, což v ní vyvolalo pocity viny a selhání.

Popsala také to, jak je prožívání rodičů individuální, z čehož vyplývá potřeba zpětné vazby. *„Ne vždycky to, co jako vypadá, že je udělaný dobře, tak ale finále je dobrý. Což samozřejmě může být i v té mojí péči, to tak vnímám, že jako nikdy nevíš, jak to ty rodiče budou vnímat za měsíc třeba. Přestože uděláš ty ze svého pocitu všechno tak, jak si myslíš, že to děláš nejlíp, tak stejně ty rodiče pak nemusí mít ten pocit.“*

PAS2 mluvila o potřebě zpětné vazby. Zajímalo by ji, jak ženy vnímaly její péči s odstupem času. Další kontakt se ženami po perinatální ztrátě nemá. Stěžovala si, že nebývá dostatek času pro rozhodování žen/rodin o rozloučení s dítětem, a především s rozhodnutím o pohřbu se spěchá, přitom v době samotného porodu mrtvého dítěte a krátce po něm jsou rodiče většinou ve fázi šoku.

K této potřebě zpětné vazby se PAS2 dostala po vyprávění posledního případu perinatální ztráty, u kterého provázela. Jednalo se o ženu, která přestala cítit pohyby dítěte během hospitalizace. Po zjištění úmrtí dítěte si žena zavolala k porodu jako doprovod partnera a svou maminku. PAS2 rodící ženě nabízela možnosti rozloučení s dítětem, které žena nejprve odmítala. PAS2 nabízela možnosti a další informace opakovaně i prostřednictvím letáků a postupně i prostřednictvím matky ženy (babičky dítěte), která projevila o informace zájem. Nakonec žena možnosti rozloučení ráda přijala, po porodu byla s dítětem v kontaktu a navázala s ním vztah, proběhla řada úkonů (oblékání, vážení) a tvorba vzpomínkových materiálů. Možnost pohřbu však žena odmítla.

PAS2: „...nakonec to odmítli. Což jsem jí řekla taky, že třeba to rozloučení by pro ni bylo dobrý i tohle, ale ona řekla, že tohleto je pro ní až jako dost. Ale zpětně, **já vlastně ani nemám žádnou zpětnou vazbu**, protože nikdy jsem se žádný ženský, ani bych si to nedovolila, se jí zeptat, nedovedu si to představit, jestli jí to pomohlo, neměla jsem sílu, když rodila podruhé, se jí zeptat, jestli třeba jí to pomohlo. **Že by mě zajímalo**, jestli opravdu, ale to by musel být nějaký výzkum zase z hlediska paní, **jestli opravdu to, že tady byla s tím dítětem, obtiskly se ty nožky, jestli to pro ní bylo dobře**. Protože já jsem právě zažila opačnej případ, kdy paní to vzala jako špatně, a řekla, že jsme akorát prodlužovali její utrpení a že prostě ať to odnesem a že už to nikdy v životě nechce vidět a nechtěla o tom nikdy mluvit. Ale já věřím, že to je právě šok, je to nějakej blok, paní nechce, no tak prostě nechce.“ „Ale je to hrozně krátký, jo mě přijde, že prostě ona má kontrakce, musí se (rozhodovat), teď je v šoku...“

S touto ženou se PAS2 viděla i po delší době od perinatální ztráty díky tomu, že žena přišla do porodnice porodit své další dítě: „A jak se říká, náhody že neexistují, tak ona vlastně potom přišla za dva roky, já jsem měla službu a ona přišla родit znovu. Já v první chvíli jsem jí nepoznala... Akorát mezi dveřma řekla: Ježíš, to doufám, že to je dobrý znamení, jdu si pro zdravý děťátko.“

Žena porodila zdravého chlapce. PAS2 ale neměla odvalu se jí v tuto dobu zeptat na zpětnou vazbu k péči při jejím prvním porodu. Absence zpětné vazby možná vede k tomu, že PAS2 více pochybuje o své péči, přestože se snaží dělat to nejlepší, co může: „**Ještě bych to ráda věděla**. Já si říkám, **mám alespoň trochu dobrej pocit**, že si říkám, udělala jsem pro to, co jsem mohla, a **jestli to bylo dobře, předpokládám, že snad jo**.“

Ke konci rozhovoru PAS2 mluvila o tom, jak je pro ni přínosná a dobíjející péče o „její“ ženy, kterým se věnuje individuálně delší dobu. Od těchto žen má také zpětnou vazbu. Zpětná vazba by se jí hodila i od žen, které rodily mrtvé děti: „**Jestli třeba alespoň, úplně to asi nemůžeme čekat, ale že by mě třeba zajímalo, když by třeba později se nad tím zamyslely, jestli se podívají, nevím, třeba na nožičky, jestli se na to kouknou**, že to třeba pro ně bylo, nebo že si pochovaly to miminko, **jestli si třeba řeknou, jo jsem ráda, že mi ho dala do náruče**.“

#### 11.2.4 Vývoj zkušeností

Ptala jsem se, jak se měnilo prožívání porodních asistentek se získanými zkušenostmi, jaké byly rozdíly mezi jejich prvními a posledními doprovody perinatální ztrátou.

PAS1 uvedla, že si myslí, že ke změnám u ní nedošlo, vzhledem k tomu, že mezi jejími prvními doprovody v posledním ročníku studia a posledními doprovody před nástupem na mateřskou dovolenou uběhly zhruba dva roky. Její základní nastavení vyplývalo především z osobních zkušeností s perinatální ztrátou, které získala ještě před studiem porodní asistence. Popsala vývoj v některých postupech na základě zkušeností a zpětné vazby na příkladu pořizování upomínkových fotografií: „**Samozřejmě získal tam člověk nějaký zkušenosti v tom, například u toho prvního bylo to, že jsem se s nimi domluvila na fotkách, fotila jsem to foťákem a teď ten foťák furt cvakal. A mě to bylo blbý, tak jsem si říkala, že to tak narušuje tu chvíli, že jsem prostě udělala jen nějaké fotky. A tyhle ty lidi, jsem se s nima pak setkala, a oni mi říkali, že je hrozně mrzí, že těch fotek nemají víc. Takže vlastně pak jsem třeba začla ty fotky dělat tak, že jsem jim říkala vždycky že já budu fotit, a když už by to pro vás bylo moc, tak si řekněte a já to zastavím, a začala jsem třeba dělat větší detaily na těch fotkách, jo, protože ty první fotky byly takové, když to řeknu, opatrné, že jsem nevěděla vlastně kam až jako můžu.**“

PAS2 během své dvacetileté praxe v porodní asistenci zažila výraznou změnu přístupu v perinatální paliativní péči. Od prvních provázení na školní praxi po roce 2 000 po současnost: „**Tam to tenkrát bylo ještě hlavně jako neukazovat, já si pamatuju, že to bylo neukazovat, prostě úplně jinak, než je to teď.**“

Tento vývoj PAS2 hodnotí pozitivně. Vyprávěla o dřívějším přístupu, v rámci kterého se bránilo jakémukoli kontaktu ženy s dítětem a považovalo se za nevhodné o dítěti mluvit. Také komunikace se ženou a její podpora se změnila. Popsala také, že dřívější přístup byl nepříjemný i pro zdravotníky, zatímco nové postupy a možnosti podpory jsou přínosnější i pro zdravotníky, nebo minimálně pro ni samotnou:

„**Jsem ráda, dřív to bylo tak, že my vlastně jsme vůbec o tom miminu nemohly před paní mluvit, dítě se vzalo, hned se muselo odnést a vlastně nemluvalo se o tom. Ani před paní. Pani ho vlastně vůbec nesměla vidět, jo vlastně nejhorší bylo, že by ho měla vidět. Takže to bylo tak, že hlavně rychle odnést dítě, žena se uklidňovala tím způsobem, tím jako nejhorším možným, že je mladá a že určitě, a to jí říkali všichni, jo, doktoři, ať si z toho nic nedělá, že děti bude mít ještě hodně, a blabla, tohleto, takový ty všeobecný věci, který jsou samozřejmě nepříjemný, a všem to bylo nepříjemný. Ale postupem času, když se o tom začlo mluvit, bylo vidět i, jak to může jít jinak, z toho etického hlediska, ze všeho, tak je to taky trošičku pro nás lepší, nebo pro mě lepší, takhle bych to řekla.**“

Při popisu pocitů, které PAS2 prožívá během provázení perinatální ztrátou (nepříjemný pocit, napětí, lítost, puzení k pláči), které se snaží potlačit a odosobnit se, což popisuje jako náročné, popsala pozitivní vývoj s postupem praxe a získanými zkušenostmi:

*„Jde to těžko, ale, myslím si, že když to srovnám s prvním, a teď teda posledním případem, tak si myslím, že už je to trošku lepší. Protože **už vím trošku co, právě co mám dělat, nebo jak se zachovat, co udělat.**“*

Dále při popisu následných pocitů a myšlenek, které zůstávají po konci provázení, popsala PAS2 pozitivní vývoj. Díky změně přístupu v perinatální paliativní péči situace prožívá lépe a díky získaným zkušenostem si se svými pocity umí lépe poradit:

*„Určitě. **S tím, že získáte tu praxi, nebo prostě že jste se o tom něco dozvěděla, že jste u toho byla, víte, že to může jít prostě jinak, než to bylo, jak jsem říkala, když jsem začínala já před lety, tak je to lepší. Je ten pocit trošku, jo, nejste tak sklíčená, tak vyšťavená, můžete si s tím trošku víc poradit. Líp to zpracujete.**“*

### **11.2.1 Vnímání významu péče**

Ptala jsem se porodních asistentek, jak vnímají význam perinatální paliativní péče. Pro PAS1 je kvalitně odvedená péče důležitá i proto, že jí jako zdravotníkovi nepřináší traumatické pocity, ale pocit z dobře odvedené práce: *„Myslím si, že pokud je udělaná dobře, a samozřejmě to je dost relativní, tak to vnímám tak, že **to může být velmi prospěšný nejenom pro ty rodiče, ale i toto zdravotníka, kterej si tam přesně neneso to trauma z toho a vlastně dělá tu práci rád i přesto, že je to téma lidsky těžký. Takže to si myslím, že je pro mě základ.**“*

Vliv péče na prožívání rodičů popisuje PAS1 jako obrovský. Uvedla příklad situace, kdy byla volaná k ženě po porodu, u kterého zemřelo dítě. Personál ženě dal dítě do náruče, ale komunikace nebyla dostatečná k tomu, aby rodiče situaci porozuměli, proč dítě u sebe mají: *„Když jsem tam přijela, tak jsem viděla úplně šokovanou ženu, která má mrtvé dítě v náruči, což je hrozně fajn vlastně z toho našeho pohledu, ale ona vůbec nevěděla jako proč. ...oni mi to pak popisovali, že z toho **byli úplně v šoku, že s nima nikdo nemluvil...** Až ve chvíli, kdy jsem přijela já, začla jsem se s nimi o tom bavit a říkat jim ty možnosti, tak teprve, a bylo to tam cejtit, jak najednou to roztálo... Byli takový hodně vědecky zaměřený, takže pak teprve pochopili, proč, co je tím důvodem, proč mají to dítě v náruči. Takže i přesto, že ten personál to chtěl udělat dobře, tak jí tam jenom dal to dítě na to tělo a nic jí k tomu neřekl, a nikdo s ní moc nemluvil, tak to stejně nebylo dobře.“*



PAS2 také silně vnímá význam perinatální paliativní péče a za nejdůležitější považuje kvalitní komunikaci: „*Určitě, komunikace je základ, může jí to ovlivnit právě do budoucna. Když to dítě neuvidí, tak bude za chvíli přemýšlet, jak to dítě vypadalo, co se dělo, může se jí to honit všechno v hlavě, může se jí to zdát, může jí to bejt líto, že se s ním nerozloučila, myslím si, že jí to může hrozně chybět. A právě to, že vy jí tím provedete, nastíníte tu možnost, ukážete, tak jí tím vlastně pomůžete. Třeba jí můžete pomoci truchlit. Jo, někdo to neumí. Prostě nastavit nějaký proces truchlení.*“ „*Takže to může předejít nějakým vážnějším psychickým problémům, traumatu, ovlivnit celkový pohled do budoucna. Myslím si, že to může hodně pomoci, té ženě i celé té rodině.*“

## 11.3 Přístup ke smrti, spiritualita

### 11.3.1 Vnímání smyslu ztráty

Když jsem se ptala PAS1 na následné pocity po provázení perinatální ztrátou, popsala nejprve své nastavení a přístup ke ztrátě:

„*Já jsem osobnostně nastavená tak, že jsem životní optimista. Takže vždycky v těhle těžkých chvílích si říkám, že všechno, asi je to blbý, že všechno zlý je pro něco dobrý, ale že to má nějaký stejně hlubší smysl.*“ Dále tento přístup vysvětlila pomocí příběhu, který slyšela u snídaně předchozí den od své kamarádky: „*Krásně říkala, že vlastně nikdy v té situaci, kterou žiješ, i přesto že ji vnímáš jako že je špatně, tak nevíš, jak ti to jakoby bude sloužit. Vyprávěla tam nějaký příběh, kdy syn někoho si zlomil nohu a oni mu říkali, to je blbé vid', že si zlomil tu nohu, teď nemůže jezdit na tom koni, ale ve finále pak ten syn díky tomu, že měl zlomenou tu nohu, tak nemusel odejít do války. Takže přesně takhle to mám já nastavené, že vlastně nikdy nevíme, takový trošku jako duchovní podtext pod tím, k čemu vlastně ta situace jakoby slouží.*“

Snaží se přijímat situace tak, jak je život přináší a věří, že mají svůj smysl, i když nemusí být poznatelný nebo viditelný na první pohled. Smysl ztrát, které prožila ona sama, vnímá mimo jiné v tom, že se i díky nim začala věnovat porodní asistenci a provázení dalších žen perinatální ztrátou: „*...takže i u těch dalších žen vždycky si říkám, že to má nějaký smysl, a vlastně u mě, přestože to je jako lidsky těžký, v tu chvíli to žít a udejchat to, kdy prostě ti zemře to dítě, tak prostě mě to vlastně úplně obrátilo život ten náš příběh a vlastně z bodu A mě to dostalo na kolej Z, která jede prostě úplně někam jinam a našla jsem vlastně práci, která mě naplňuje. Takže neříkám, že jsem šťastná za to, že se to stalo, a možná kdyby ty děti dneska žily, tak by ten život byl ještě jinej samozřejmě, ale prostě беру to tak, že to tak*

*přišlo a, a prostě to tak k tomu životu patří. A vždycky to v té historii bylo, ta příroda umí být velmi štedrá a umí být i velmi krutá, že to tak prostě je.“*

S PAS2 jsme se dostaly k otázkám vnímání života a smrti spíše ke konci rozhovoru. Její přístup je velmi podobný. Vnímá, že některé životní situace nelze ovlivnit, a tak nezbyvá, než je přijmout tak, jak přichází. Tak chápe i perinatální ztrátu. Popsala také, že se domnívá, že věřícím je jejich víra v těchto situacích oporou.

PAS2: *„Já jsem bohužel taky taková, já si říkám, bohužel, když to tak má být, tak to tak je. Je to hrozný, ale prostě musím to přijmout. Jako přístroje – všechno fajn, ale bohužel, je to příroda... Je to součást přírody, je to tak, je to smutný, ale asi to miminko prostě mělo odejít. Bud' přijde nějaký, anebo možná že žádný neprijde. Někdo si to neumí představit, ale já věřím, že... Já to mám takhle nastavený. Já si říkám, že co má v životě přijít, tak prostě přijde, jsou věci, který ano, můžu ovlivnit, ale jsou věci, který prostě neovlivníte a mají tak být. A ty ženy se právě potom obviňují: „Co jsem měla udělat?“, „Měla jsem přijít dřív na kontrolu.“ Ale fakt věřím tomu, že **kdo tu víru má, tak určitě se má trochu víc o co opřít než prostě člověk v tomhle světě, který si to neumí představit. Všichni pak svalují tu vinu na doktora, na všechno, já to chápu, to je normální, to mají i ty věřící ženský. Ale, myslím si, že to je trošku lepší. Já to беру tak, je to smutný, ale bohužel, tak to přichází. No je to smutný, je to sice strašný, ale je to tak. Já to mám takhle i s jinýma věcmá, já to mám takhle třeba i s umělým oplodněním, nemá-li to bejt, tak prostě to není. Jo, já vím že to je hrozný, to si nikdo neumí představit, protože kdo dneska otěhotní spontánně, málokomu to jde. Ta touha po dítěti je velká, já to chápu, ale když už tam někdo jde 20x, tak si kolikrát říkám, no, tak bud' se k sobě nehodí, nebo to prostě nejde... Mě to přijde, tak to prostě je, tak to přijmout. Přijmout to, jak to přichází.“***

Dále jsme s PAS2 mluvily o tom, jak perinatální ztráta změní (nejen) dané ženě život. PAS2 vyjádřila, že podle osobního nastavení může tato ztráta přinést svůj smysl, přestože je to hrozná událost. *„Ale může to (někoho) změnit i třeba, že ho to posune někam jako dál. I když teď mu to připadá, že to není jako možný, ale pak že jo, že to překonala, zvládla to, je to hrozný, má tu bolest za sebou, ale mělo to tak prostě být.“*

### **11.3.2 Víra**

V rámci rozhovoru na téma psychohygieny jsme s PAS1 probíraly, kde jsou její zdroje síly a opory. Na závěr popsala své spirituální nastavení, které se zdá být jedním z hlavních zdrojů její opory: *„Jsem věřící, jakože věřím v Boha, nejsem zaškatulkovaná do*

žádného náboženství nebo tak, **určitě věřím tomu, že je tady něco víc než jenom my.** Takže pro mě přesně je to takový to, že tam mám, že ty věci se nedějou náhodou, prostě **děje se to vždycky tak, jak má a prostě tak nějak to přijímám.** I ta smrt, samozřejmě neříkám, že to mám zpracovaný, že když pomyslím na to, že jednou umřu, že je mi v tom dobře, to asi ne, ale uvědomuju si to, třeba tohle to a snažím se s tím pracovat, a beru tu smrt jako něco přirozeného do toho života... Nemám to třeba tak, že tou smrtí to končí, prostě **mám pocit, že i za tou smrtí je něco, nebo vnímám to, věřím v to.** Mám tam tu víru, že i za tou smrtí vlastně to pokračuje dál, že ta energie nemizí, takže tak to mám asi nastavený.“

PAS2 popsala, jak vnímá, že může víra pomoci lidem procházejícím perinatální ztrátou a pomoci jim najít její smysl: „**Ten, kdo má tu víru, to má trošku jednodušší, si myslím. Nechci říct jednodušší, ale má prostě víru v něco ještě jako víc. Sice se stala hrozná věc, ale má toho Boha, ten ho má určitě rád a ten Bůh to možná takhle chtěl a oni k tomu asi takhle dojdou, mělo se to stát, nebo Bůh to tak chtěl. Prostě tohle, i když je to strašně těžký, já věřím, že oni, když to potom proberou právě, třeba s knězem, nebo možná sami v sobě. Samozřejmě budou se na něj zlobit, jo, věřím tomu, že když někdo nemá opravdu dobrou víru, že ho to může od toho Boha třeba i odklonit, že si řekne, takhle ne, stalo se mi strašný příkoří, ale já věřím tomu, že kdo je opravdu věřící, že mu to může ta víra, že mu může pomoci.**“

### 11.3.1 Vliv osobní zkušenosti se ztrátou

PAS1 dvakrát osobně zažila perinatální ztrátu ještě před studiem porodní asistence a tyto zkušenosti byly jednou z velkých motivací ke studiu a práci v oboru porodní asistence. „**Já vím, že u prvního toho porodu jsem si říkala, hele musím to jít studovat, aby si to žádná žena už nemusela zažít tak, jak jsem si to zažila já. Takže to byla jedna taková z velkých motivací vlastně to jít dělat a chuť vlastně změnit to, jak je to tady nastavený.**“

Ptala jsem se PAS1, jakým způsobem tyto zkušenosti ovlivnily její přístup k perinatální ztrátě a perinatální paliativní péči: „**Tak já jsem předtím žádný přístup neměla, já jsem předtím v té oblasti vůbec nepracovala, vůbec mě nenapadlo, že takhle budu někdy pracovat, takže mě to změnilo jako úplně, vlastně předtím jsem neměla tušení, že se něco takového může stát, nenapadlo mě to nad tím někdy přemýšlet, že by to dítě mohlo během těhotenství zemřít... Takže to pro mě bylo takové jako, že ti to obrátí ten život naruby, spadneš z toho obláčku a zjistíš, že se i takové věci prostě dějou.**“

Dále popisovala, že na celé situaci pro ni byla náročná komunikace s okolím. Lidé si pamatovali, že byla těhotná a ptali se na dítě. PAS1 tak byla třeba i po delší době nečekaně postavená do situací, kdy musela okolí sdělit, že dítě zemřelo, načež lidé se omlouvali. PAS1 nevadilo mluvit o tom, že měla dítě a zemřelo, ale trápilo ji, jak to říci tak, aby se lidé v jejím okolí necítili špatně, že se zeptali. *„Já jsem nikdy neměla problém o tom mluvit, naopak pro mě to bylo vždycky takový jako, přiznání té situace, že jsem ta matka, a že to dítě tady bylo, a že prostě se to stalo, ale prostě se to v tom životě tak děje, tak mi to přišlo docela normální, ale to okolí na to většinou reagovalo: „Je tak to se omlouvám.“ Takže jsem vždycky měla nějak tu potřebu jim říct: „To se nemusíte omlouvat.“ Spíš jsem se cítila blbě v tom, že jsem způsobila něco, kdy oni se cítili blbě.“*

PAS2 jsem se opatrně zeptala, zda zažila ztrátu někoho blízkého a jak ji tato zkušenost ovlivnila při poskytování perinatální paliativní péče. Odpověděla, že taková zkušenost zvýšila její empatii, ale netroufá si situaci porovnávat s perinatální ztrátou: *„Tak to člověk, jak to říct, cítí s těma lidma si myslím víc, to je prostě osobní zkušenost, víc soucítíte. Já neříkám, že předtím ne, ale když to člověk zažije, tak je to ta osobní zkušenost. Ale ono se to asi nedá úplně porovnat, myslím si, že to dítě je tak specifický, že to je hrozně těžký. No, neumím si to vůbec představit, já osobně. Přijde mi to hrozný. Ale na druhou stranu ta zkušenost ovlivní v tom, že člověk určitě víc... asi cítí, s tím daným člověkem.“*

### **11.3.2 Přístup společnosti ke smrti, rituály**

PAS2 dále mluvila o tom, že dnešní společnosti chybí rituály včetně rodinného rituálu rozloučení s mrtvým dítětem. Rituál rozloučení by mohl pomoci pozůstalým ztrátu lépe přijmout: *„Já si myslím, že dneska je to všechno moc, že je strašná chyba, že třeba ty lidi jsou přetechnizovaný, předimenzovaný, že tady chybí takový ty rituály, a to ať vezmu normální porod, tak tuto konkrétně. Myslím si, že klidně, třeba v cizině máte takovou tu kolibku, která třeba chladí, mrazí, tak si myslím, že třeba ty rodiče by potom mohli klidně i pozvat někoho z domova, a být v nějaké místnosti a třeba se tam rozloučit dýl, nebo večer až by přišli, když by třeba nechtěla jenom máma táta, ale babi, děda, by se třeba chtěli taky rozloučit, přijít se prostě podívat. Normálně jako bylo dřív, jako rodina. Všichni přišli, rozloučili se. Myslím si, že prostě chybí takový ten rituál, a že právě proto je to pro někoho těžký přijmout, že si má miminko pochovat, že by ho mohl pohřbít, že to tady prostě chybí. Celkově to chybí.“*

PAS2 popsala, jak se domnívá, že by ona sama v ideálním případě přistupovala k perinatální ztrátě. „*To nejde zapomenout podle mě vůbec. Přesně, tak je lepší to přijmout a rozloučit se a klidně si pak každý rok na to narození, si myslím, když pak mají ten hrobeček, tak se tam může jít podívat. A když se potom narodí další, tak je může klidně vzít, bráchu ségru, a říct: „Hele, měl jsi bratříčka, nedopadlo to.“ Takhle bych si to třeba představovala já, že bych to měla.*“

PAS2 hovořila také o tom, že dnešní společnost téma smrti vytěsnila, smrt představuje tabu, což vnímá jako problém. „*Dneska si nikdo totiž neumí představit, že by dítě mohlo zemřít, jak v těhotenství, tak prostě nedej Bože při porodu, nebo po porodu. ...že jsme to (smrt) vytěsnil. A mě přijde, že to je špatně, je to tabu hrozný. Ale prostě k tomu životu to patří a vzít to jo. Protože dřív ty ženský si říkaly, tak hlavně, ať to dobře dopadne, když to špatně dopadlo, tak bohužel, tak to je.*“

V této souvislosti PAS2 napadla zajímavá myšlenka, zda by nebylo vhodné i v rámci předporodních kurzů téma perinatální ztráty a možnosti rozloučení s dítětem krátce zmínit. Uvažovala, jak by šlo toto téma do kurzu citlivě zakomponovat, aby se těhotné nestrašily, ale aby se mohly obecně seznámit s možnostmi, které v takové situaci jsou, aby se povědomí šířilo ve společnosti. Sama předporodní kurzy vede a neumí si teď představit, jakým způsobem by tam téma ztráty zapracovala, přesto si myslí, že by to mohlo být užitečné.

## **11.4 Psychohygienu a sebekpéče**

Poté, co jsme s porodními asistentkami probraly jejich pocity při provázení perinatální ztrátou, jsem se ptala na jejich postupy obecně v oblasti sebekpéče a psychohygieny.

### **11.4.1 Krizové situace**

Zajímalo mě, jaký je přístup porodních asistentek během krizových situací, které jejich povolání přináší. Jestli během velkého stresu pro sebe něco mohou udělat. Obě popsaly to, že se přepnou do výkonného nastavení, kdy se soustředí na jednotlivé úkony, které daná situace vyžaduje.

PAS1: „*Já vždycky přepnu do toho módu, kdy vím, že teď musím to vyřešit, že je ta situace, kdy je ta krize, a nemám takový to, že bych se zastavila vlastně. Třeba mám kolegyni, která v tu chvíli má tu paniku a vůbec neví co, tak to já vůbec nemám a mě vždycky to, že to bylo fakt krizové, dojde až jako po. Ale tím, že to většinou zvládneš, tak si řekneš, že jsi jako (poplácává se po rameni), zvládla jsem to dobře.*“ Pro naplňování ani vnímání vlastních

fyzických potřeb v tu chvíli není vůbec prostor. „*To většinou jako víš, že v tu chvíli musíš a jako jedeš... Když nám třeba žena krvácela u porodu, tak prostě děláme všechno to, co v tu chvíli je potřeba a vůbec ta moje osobnost v tuhle chvíli, jak kdyby poodešla někam dál a seš tam fakt jako ten robot, kterej ví, že musí tu ženu zajistit.*“

PAS2: „*Samozřejmě tady jsou krizové situace každou chvíli, ale to už mám tak zpracovaný, že prostě jedu jako, přepnu na to, že to prostě musím začít dělat. Když je to krizová situace jakákoli v práci, tak já prostě okamžitě přepnu a jedu na to, co se musí. Ženská krvácí, padají ozvy nebo tak, tak na mě to možná nepoznáte, že jsem ve stresu. Ale, když jsem ve velkym, to říkaly, že vyzozorovaly holky, že se jako ventiluju možná tím, že podupávám, nebo možná že se napiju taky třeba, nebo si musím dát potom něco.*“

Když krizová situace skončí, je prostor pro pocítění a naplnění základních potřeb (pití, jídlo, toaleta), odpočinek, sdílení s kolegyněmi. PAS1 jde také s kolegyněmi kuřačkami ven na vzduch: „*Já třeba si jenom sednu (smích). Většinou si sednu, a když tam nejsem sama, tak to s kolegyní hned jako proberem. Holky mají třeba takovej rituál, já třeba nekouřím, jdou ven a třeba zapálej si, tak tam třeba jen stojíme a bavíme se o tom. Takže asi třeba nadýchat se toho čerstvýho vzduchu. A napít se, najíst se, takový to, co jsi předtím neměla, nestihla, dojít si na ten záchod, že jsi několik hodin nebyla na záchodě, takže to ti pak dojde, dojdou tyhle ty pocity, nebo prostě to, co je potřeba.*“

PAS2 si po krizové situaci sedne a kompenzuje naakumulovaný stres tím, že si dá sladké jídlo nebo energetický nápoj: „*Tak to mám já, že si třeba dám něco sladkýho, takový to, blbá útěcha. ...nebo energetickéj nápoj, šáhnu v práci po tutom. Protože jsem ve stresu, tak si to prostě zakompenzuju tím, že si dám něco sladkýho nebo jdu a koupím si dole energet'ák.*“

#### 11.4.2 Další zdroje zátěže

PAS2 popsala velkou pracovní zátěž porodních asistentek a vysokou míru syndromu vyhoření: „*Člověk je přetíženej, má toho plný zuby, jsou velký směny, přesčasy, a prostě po 3 denních a po 3 nočních, když máte den volna a jedete zase znova, tak je to hrozný. Takže ten syndrom vyhoření je určitě i v našem oboru, byť můžeme říct, že to je hezký, miminka miminka, ale prostě tak to není. Myslím, bohužel, že většina sester o sebe nepečuje.*“

Ke konci rozhovoru PAS2 hovořila o tom, že významným zdrojem zátěže v porodní asistenci je **nemožnost využít své kompetence v praxi** a velmi pomalé změny v postupech. Myslí si, že nevydrží tímto způsobem pracovat celý život. Uvedla, že měla několikrát

syndrom vyhoření, kdy si opravdu říkala, že přestane porodní asistenci vykonávat: „*Tak když pominu směny, že je člověk prostě unavený, tak někdy takový to, ta nespolupráce s těma doktorama, že to chcete prostě jinak, a teď 10 let... Já když si vzpomenu, co jsem musela udělat jenom vůbec pro to, aby tady byl bonding, to bylo vlastně moje druhý vyhoření.*“

„*Když jsou ty ženský individuálně, když jsou rády, tak jo, to vás tak nějak dobije, člověk si musí říkat, ono to bude lepší. Vždycky vás to nějakým způsobem nabije, ale pak, když vidíte, že v tom oboru jste tolik let, a strašně málo se změnilo. Co kromě toho, že se dítě přikládá a že se přestavely porodní sály, tak kromě pár porodic, co se jako změnilo? No nic. Já bych chtěla, aby ty porodní asistentky měly víc samostatnosti. Já bych si to představovala jako nějaký ten model v zahraničí... Ono by úplně stačilo, aby my jsme si s těma ženama to dělaly od začátku do konce a doktoři šli jen ke komplikovanému porodu a bylo by to. A já věřím, že hodně holek, že to je to, co pak v praxi vede k vyhoření. Když vás nepustí, kompetence nevyužijete.*“

Hovořila také o potřebě pozitivní zpětné vazby. „*Mě připadá, že nás některý vidí prostě jako služky, tady je pan doktor a tady nějaká služka. Furt to převládá, přitom už jsme uběhly tolik let, furt se o tom mluví, ale furt to není. Není, to je takový pozlátko prostě... Mě jestli něco zničí, tak mě zničí tohle. Unavuje mě to a už se mi nechce bojovat furt za něco. A prostě každej kousek, kterej vybojujete, je to těžký. A když je to někomu jedno, chodí tam, jakože jde do práce, oddělá si svých 12 hodin, neřeší, je mu to jedno. Ale já si myslím, že asi většina porodních asistentek to řeší, potom právě mění ty místa. Třeba já bych ve velké nemocnici XY nemohla dělat, mě by to úplně zničilo. Protože to je prostě velký na mě, neosobní, mě tohle vadí, já bych se zbláznila. Já mám ráda takový to osobní.*“

#### 11.4.3 Sdílení, sociální opora

Obě porodní asistentky mluvily o významné podpoře, kterou jim přináší sdílení s kolegyněmi, možnost probrat s nimi náročné situace.

PAS1 si se svými kolegyněmi z porodního týmu třeba i telefonovala při cestě z porodnice domů. Od kolegyň získávala podporu i zpětnou vazbu a další názor na danou problematiku: „*Ale třeba co jsme dělaly s holkama, což si myslím, že je takovej způsob psychohygieny, že jak máme ten porodní tým, tak prostě když potřebujem, tak mezi sebou sdílíme. Že mám tu možnost, třeba ta cesta z toho A do B je poměrně dlouhá, takže v podstatě vždycky jsem zvedla telefon, volala jsem kolegyni, a prostě sdílely jsme tam ty pocity a emoce a zanádařovaly si tak jako, zrovna třeba na to, co mi přišlo, že bylo blbě, a tak, anebo to probraly a ona mi třeba na to řekla svůj názor ještě, druhý pohled. Takže to je možná taková moje psychohygieny, že to sdílím s někým druhým, kde si vyměníme ty názory a já si*

*z toho třeba udělám závěr, že bych mohla třeba něco udělat líp, nebo že to bylo dobře. „To je super, tohleto, a že většina z nás má tu zkušenost s takovouhle péčí, takže i to je fajn, že prostě se o tom bavíme.“*

PAS2 si s kolegyněmi po perinatální ztrátě na pracovišti zapálí svíčku za duši zemřelého dítěte, a po jejím vyhoření se snaží situaci uzavřít (viz 11.2.2). Následné pocity zpracovává tak, že vše probere s kolegyněmi: **„Musím to s někým probrat, samozřejmě, takže ne doma, doma by to ani nikdo nepochopil, ale s kolegyněmi. S některýma, většinou se všema, ale samozřejmě, se kterýma se cítíte blíž, tak s těma.“**

PAS2 by sdílení s kolegyněmi využila také jako první pomoc po případném traumatickém zážitku: *„Tak já určitě bych se vypovídala. Já bych se vypovídala, s někým, komu věřím, nejlépe s nějakou kolegyní, když je to pracovní, tak s nějakou kolegyní, no a pak bych to v sobě asi dál..., nevím.“*

#### **11.4.4 Pravidelná psychohygienu**

Co se týká pravidelné psychohygieny a sebepečce, PAS1 opakovala, že vlastně neví, odkud se dobíjí. Když jsme se tématu věnovaly delší dobu, vyjmenovala nakonec řadu činností. Než nastoupila na mateřskou dovolenou, tak po každé náročné situaci, resp. po každém porodu šla spát. V autě si pouští hudbu. Fyzicky se věnuje aktivitám, které přináší výzvu, v rámci kterých překonává samu sebe. **„Tak tam mám pocit, že jsem jako hodně spala. Pak třeba hudba, to že prostě v tom autě, když jedeš, tak že si pustíš tu hudbu a pustíš si to prostě naplno, nebo prostě třeba i jenom vyjet na nějakou kopec nebo vylézt tam. Já potřebuji něco vždycky, mám pocit překonávat. ...nebo jdu třeba dolů, tady máme pás, tak prostě se vyběhat, nebo třeba teď jsem začala chodit do studené vody, tak to je taky pro mě takový vlastně překonávání sama sebe z té komfortní zóny, vylézt někam. A psychicky pro sebe asi nedělám nic. To si myslím (smích).“** Následně jsem se PAS1 zeptala ještě na její spirituální nastavení (viz 11.3.2), protože ho vnímám jako výrazný zdroj její opory. Později si vzpomněla ještě na masáže, na které chodí: **„Ještě chodím na masáže, pravidelně, tak tam se jdu taky vždycky uvolnit. To chodíme už léta pravidelně každých 14 dní, takže to je taky takový vždycky fajn.“**

PAS1 opakovala, že jinak v psychohygieně nemá žádný systém a že se možná její životní přístup odráží na jejích osobních vztazích. **„Co se týče psychohygieny, nemám prostě nějaký systém, že bych něco dělala, myslím si, že by to ale bylo potřeba. S tímhle já nějak moc pracovat neumím, protože mám pocit, že tak vždycky jedu, jedu, jedu, jedu..., jedu ..., jedu (zpomaluje, smích), až dojedu někam, kde vlastně být nechci, ale není to o tom, že já**



*bych to jako neustála, jako že si myslím, že v tomhle jsem nastavená fakt jako hodně silná, já nevím, kde se to bere, ale spíš v tom osobním životě, že to pak vždycky dojde někam, kdy ten člověk, který je se mnou, řekne, hele už dost prostě (smích).“*

Když se podívá na svůj život a jak její životní tempo popisuje její partner, vidí, že to je náročné, i když ona sama to tak nevnímá. *„Když to vidím z toho pohledu druhýho, tak si řeknu jo, je to fakt hrozný... Mě osobně to tak hrozný nepříjde, já prostě to tak žiju, a přijde mi, že to ten život prostě přináší... Takže to, co dělám, čím se dobívám, vlastně když vždycky přijdou tyhleto momenty zastavení, kdy dojdou už do nějaký krize, tak pak potřebuju sama se sebou něco udělat. Udělat nějakou tu změnu.“*

PAS1 popisuje, že každá další výzva jí přináší další motivaci a jen málo vnímá potřebu sebepéče. *„U mě je to fakt těžký v tom, nebo těžký, já si uvědomuju, že já jsem fakt zvláštně nastavená. Já málokdy mám potřebu přiznat, že už vlastně nemůžu. Jo, že každá výzva je pro mě ještě víc motivující. Takže taková ta potřeba se sebepečovat tam samozřejmě je, ale nemám to úplně... Vím, že lidi jsou některý fakt hodně citlivý a mají to takový na prvním místě, že prostě po takový situaci prostě budu dělat to, tak já si říkám, že prostě jedu dál většinou no. A možná mě to jednou někde doženeme no, nevím.“*

Do budoucna by PAS1 chtěla svůj přístup změnit a dopřát si víc sebepéče. *„Asi bych potřebovala na sebe zatlačit a dopřát si to. Ale teď to vidím třeba v té párovce právě, kdy jsem si uvědomila, jak je to nutný vlastně, ta péče o sebe.“*

PAS2 ve volném čase čte, chodí do přírody a věnuje se zvířatům. Někdy jsou období, kdy na odpočinek není čas. *„Tak odpočívám, čtu, nebo se jdu taky projít, samozřejmě, mám ráda zvířata, ty mám doma, takže já si to zase kompenzuju na těch zvířatech, že se prostě uklidním, taková ta hygiena nějaká duševní, musí bejt samozřejmě. Ale někdy je to těžký určitě, někdy zase není čas, jsou situace, kdy musíte jet, opravdu pracovat jako robot, to znamená jdete z práce a doma začne další věc, tak si moc neodpočinete. A pak se to samozřejmě všechno hromadí, hromadí a ten stres tam prostě je. No, ale určitě, odpočinout si, vypustit to z hlavy. Jak říkám, ráda si čtu, se zvířatama, to mě tak nabije trochu a pak zase jako jdu jo.“* „Zasportuju si lehce.“

PAS2 dobíjí i samotná práce, porody zdravých dětí a především práce s „jejími“ ženami, se kterými pracuje individuálně. *„Anebo je zajímavý, že mě nabíjí i ta práce sama o sobě, což snad nikdo nechápe, protože já si třeba chodím rodit ty své maminy, dělám už to několik let, takže mě zase když potom se narodí prostě zdravý dítě, všechno dobře*

*dopadne, tak já si přitom vlastně, **já si přitom i odpočinu.** Což je zajímavý. Takže já si odpočinu i při práci.“*

Kontinuální péče o ženu dává PAS2 velký smysl, velmi se liší od péče o ženy, se kterými nemá vytvořený předchozí vztah. *„Já se dobíjím i tou péčí o individuální ženy. Já neříkám, že i jinak, ale s těma individuálnima je to jiný. Proto vy se učíte, že by ty porodní asistentky se měly o ně starat od toho začátku, tak to je právě ono. **A to je hrozný rozdíl, když přijdu s takovouhle ženskou k porodu, to se nedá srovnat.**“* Od těchto žen má také zpětnou vazbu. *„Už je znáte a oni úplně jinak taky s váma komunikují.“* Vytvoří se mezi nimi vztah vzájemné důvěry. *„Tak, a je to úplně jiný, úplně jiný. Já musím říct, že to je nebe a dudy... Neříkám, že to je vždycky, ale to je to, co člověka drží. To jsou ty protipóly.“*

#### **11.4.5 Zájem o informace o psychohygieně**

PAS1 dříve navštívila kurz, který se věnoval perinatální ztrátě z pohledu potřeb zdravotníků. Tento pohled pro ni byl přínosem: *„Pro mě ten kurz tenkrát byl zajímavý, protože já jsem myslela, že to bude zaměřený na ty rodiče, na tu péči o rodiče po perinatální ztrátě, ale ono to bylo zaměřený na ty zdravotníky víc, takže **to pro mě byl takový zajímavý pohled, podívat se na to, že i já jsem tady ten člen a potřebuji opečovat.**“*

Pokud by měla příležitost získávat další informace o psychohygieně, ať již prostřednictvím kurzu nebo knihy, určitě by měla zájem: *„Jo, to si myslím, že určitě. Protože vždycky někam přijdu a zjistím něco nového... Dneska je ten svět tak rozmanitý, a je těch možností tolik, že tam si myslím, že určitě je furt otevřené to se vzdělávat.“*

PAS2 by také o případný kurz sebezpečí pro zdravotníky a další informace měla zájem. Domnívá se, že většina zdravotníků je přetížených a psychohygieně se nevěnuje dostatečně: *„**Šla bych klidně.** Myslím si, že celkově, když to vezmu obecně, tak si myslím, že hodně sester, nebo vůbec zdravotnických pracovníků od nás, tak to vím, že prostě **ta psychohygienu není úplně dobrá. Je to špatný.**“*

PAS2 se domnívá, že velmi častá je nezdravá kompenzace stresu pomocí sladkého jídla a energetických nápojů: *„Já bych řekla, že většina z nás se právě dopujem nějakýma, že furt něco jíme, nebo pijeme furt kolu nebo energetický nápoje, abychom vydrželi. No a pak, když ještě přijde nějaký takovejhle případ, no tak o to je to ještě bych řekla horší.“*

#### **11.4.6 Zájem o služby psychologa**

Když jsem se PAS1 zeptala, jakým způsobem by o sebe pečovala v případné krizi, odpověděla, že by klidně využila služeb psychologa. Na návštěvu psychologa možná

společnost pohlíží trochu s obavou, ani jí by to dříve nenapadlo. Její přístup se ale změnil poté, co poznala některé psychology osobně: „*Třeba dneska už si říkám, že bych absolvovala klidně nějakou supervizi a prostě oslovila nějakého psychologa, což třeba dřív by mě vůbec nenapadlo. Ale, tím že teď nepracuju, tak nemám úplně ani tu potřebu tyhle situace řešit... I po té zkušenosti, kdy vlastně spolupracuju teď na projektu Začít znovu, a vídáš se tam s těma lidma, který pracujou i v týhle sféře, vidíš tam i ty psychology, třeba to je takový, že už bych neměla tu obavu. Protože u nás, když se řekne jít k psychologovi, tak je to vždycky takový, mi přijde, že málokdo si to dovolí. Je tam pocit nějakého asi selhání, že už teda musím jít k tomu psychologovi. Třeba to se u mě změnilo a říkám si, že bych prostě asi vyhledala nějakou tady tu odbornou pomoc, když bych cítila, že je to potřeba.*“

Ptala jsem se, jak jsou služby psychologa pro PAS1 dostupné. Odpověděla, že kdyby bylo potřeba, tak si je zajistí: „*Já vím, že kdybych to potřebovala, tak že jsem schopná si to i zaplatit, protože nemám problém, ale chápu, že u někoho ty finance můžou být problém. Ale zas já to mám takový, že když vím, že tu péči potřebuju, tak si to jako dopřeju. Ať jde o cokoli.*“

PAS2 při popisu zpracovávání následných pocitů po provázení perinatální ztrátou sama zmínila, že možná by se někdy hodily odborné služby psychologa, krizová intervence nebo supervize, které nemocnice, kde pracuje, nenabízí, i když jí osobně stačí vše probrat s blízkými kolegyněmi. „*Někde v nemocnici existujou takoví ti interventi, se kterými to můžete prostě... To u nás není. Já neříkám, někdy by možná ten supervizor byl dobrej, ale zase si myslím, že tím, jak my si to řekneme mezi sebou, tak mě osobně to stačí. Taky už jsem starší, myslím si, že třeba mladší holky, nebo co nastoupí možná po škole, tak ty by možná nějakou supervizi asi třeba uvítaly, pro mě už ne.*“

Později, když jsem se PAS2 ptala na její zájem o služby psychologa, postupně došla k tomu, že kdyby byl dostupný, že by ho také mohla využít. „*Někdy si myslím, že by tady nebyl úplně marnej právě... Myslím si, že by to mělo být tak, že by byl třeba dostupnej, a pak to s ním rozebrat. Ale taky bych toho psychologa, nevím zase úplně cizího, nevím, já bych neuměla asi přijít, když ho vůbec neznám. To je právě asi můj problém zase, když ho vůbec neznám, jestli bych se mu uměla já vypovídat. Ale asi jo. V určitý chvíli by to člověk využil, já jo. V určitých situacích i dneska bych ho někdy potřebovala.*“

## 11.5 Organizace péče, problémy a návrhy na zlepšení

Z popisů jednotlivých případů perinatální ztráty, u kterých participantky provázely,

a na základě dotazů vyplynulo, jak perinatální paliativní péče probíhala, kdo se na ní podílel a jak byla organizovaná. Porodní asistentky zároveň popisovaly, na jaké problémy při poskytování této péče naráží, co jim vadí. K jednotlivým oblastem péče se vracely, když jsem se ptala, co by potřebovaly, aby mohly poskytovat kvalitní péči, a jaká navrhuji zlepšení, jaké by podle nich byly ideální podmínky pro perinatální paliativní péči.

PAS1 byla na pracoviště volána k případům perinatální ztráty jako příslužba a péči poskytovala velmi samostatně (viz 11.5.7), proto nelze říci, jak probíhala a probíhá tato péče na pracovišti bez ní. PAS1 se domnívá, že péče není vůbec organizovaná. Sama přijížděla a poskytovala péči na základě svého přesvědčení a zájmu o problematiku, zajišťovala také část materiálu potřebného k této péči.

### 11.5.1 Stavební uspořádání

Když jsem se porodních asistentek ptala, jaké překážky překonávaly při poskytování perinatální paliativní péče, co je omezovalo v tom, poskytovat péči dle jejich představ, obě zmiňovaly mimo jiné stavební uspořádání. Vnímají jako problém, pokud prostory nejsou dostatečně oddělené, pokud ženy rodící mrtvé dítě slyší jiné rodičky, ozvy a pláč dětí okolních žen.

PAS1: *„Třeba co bylo limitující, tak byly stavební podmínky té porodnice, který teď už jsou změněný. Kdy oni měli jeden porodní sál oddělený jenom zídka, která ale nebyla až do stropu, ale byla jen zídka, aby se ty ženy neviděly, ale slyšely se, takže **to mi přišlo celkem omezující, nevhodný prostory, stavební uspořádání.** Jinak si myslím, že i s málem se dá udělat spousta dobrý práce.“*

PAS2: *„**Co je mi nepříjemný určitě, že třeba je slyšet, byť je to odhlučněný.** Takže ta ženská, ta co rodí ten mrtvej plod, tak chudák paní slyší tu druhou. Tohle se mi nelíbí.“*

Na pracovištích obou porodních asistentek bylo umožňováno a nabízeno ženám/rodinám, že mohou zůstat na porodním sále spolu se svým dítětem zhruba dvě hodiny po porodu. Obě porodní asistentky mluvily o tom, že ideální by bylo mít samostatnou oddělenou místnost, která by zajišťovala maximální soukromí a umožňovala také delší loučení rodiny s dítětem.

PAS1: *„Nevím, jestli je to úplně reálné, ale tak **určitě by bylo fajn mít prostor, kde ta žena může být.** Nebo přesně to, co mají třeba v Teplicích, že mají **pokoje, kde ty rodiče můžou být spolu, můžou tam být prostě, jak dlouho potřebujou a nejsou vyrušovaný.** Není to na porodním sále, takže tam třeba neslyší ozvy jiného dítěte, ve chvíli, kdy se natáčí monitor. Je tam bezpečný prostor vytvořený pro ty rodiče, kam se s nima můžeš zavřít*

*a neruší tě nic okolo.*“ Na pracovišti PAS1 byla tvorba takového pokoje v plánu: „*Chtěly jsme tam vlastně udělat nějaký i pokoj do budoucna.*“

PAS2 mluvila o oddělené místnosti, která by umožňovala rodinný rituál rozloučení v souvislosti s vnímáním smrti a potřebou rituálů (viz 11.3.2): „*Myslím si, že klidně, třeba v cizině máte takovou tu kolíbkou, která třeba chladí, mrazí, tak si myslím, že třeba ty rodiče by potom mohli klidně i pozvat někoho z domova, a být v nějaké místnosti a třeba se tam rozloučit dýl, nebo večer až by přišli, když by třeba nechtěla jenom máma táta, ale babi, děda, by se třeba chtěli taky rozloučit, přijít se prostě podívat... Normálně jako bylo dřív, jako rodina.*“

Na obou pracovištích byly ženy po porodu mrtvého dítěte následně umístovány na oddělení šestinedělí, respektive PAS1 u popisu posledního případu zmínila, že ženu po perinatální ztrátě dvojčat umístili na oddělení gynekologie, které ale bylo propojeno s oddělením šestinedělí na jednom patře. Stejně jako během porodu je tu problém nedostatečné oddělení od ostatních žen a jejich dětí. PAS2 popsala, že oddělené prostory pro ženy po perinatální ztrátě by byly ideálem: „*Pak samozřejmě, byť jsou odděleny samy na tom šestinedělí, tak stejně prostě tam ty ženský vidí a slyší.*“ „*Lepší ty prostory, určitě nějak oddělenější. Ale to je těžký... Dáte jí co nejdál, dáte jí, aby neviděla, ale asi bych, já bych to dala někam úplně mimo patro, já bych to prostě nenechala na jednom patře... To by byl ideál, to bychom si přály, ale to hned tak nebude.*“

### **11.5.2 Čas pro péči o ženu/rodinu, kontinuita péče**

Když jsem se ptala PAS1 na její pocity v průběhu provázení ženy perinatální ztrátou, popsala, že se věnuje řadě úkonů a na vlastní prožívání není moc prostoru: „*Vlastně musíš všechno vyřídit papírově, musíš obstarat tu ženu, která tam potrácí nebo rodí, a takže tam prostor vlastně na to jako... V podstatě si myslím, že v tu chvíli seš fakt jako stroj který jede a ví, v té nemocnici to tak většinou je, a musíš udělat ty úkony, ale zároveň tam chceš být pro ní, a vlastně dát jí tu podporu a přemýšlíš třeba.*“

Proto jsem se později ptala, jestli má dostatek času na péči o všechny potřeby dané ženy, nakolik ji zatěžují jiné úkony a vedení dokumentace. PAS1 byla většinou volána k případům perinatální ztráty jako příslužba, mohla se věnovat těmto rodinám naplno a s dokumentací pomohly kolegyně, které měly službu: „*Ty kolegyně pomohly a řekly hele, tak my ty papíry vyplníme. Takže tím, že jsme tam byly ve dvou a nebyla jsem tam sama, nebo jsem tam byla většinou jako ta příslužba, která přijela za tou ženou, a ony tam byly třeba ještě dvě ve službě, tak ty papíry většinou udělaly ony. Ale asi ve chvíli, kdybych měla*

*být ve službě, tak papíry jsou jedna věc, kterou já nepobírám do dneška, takže to pro mě bylo vždycky jako i u normálního porodu.“*

Jinak se domnívá, že pro dokumentaci je u případů perinatální ztráty prostor, třeba v době, kdy se rodiče loučí s dítětem. Během porodu obecně PAS1 někdy dokumentaci využije k tomu, aby ženě dopřála prostor o samotě, aby jí pomohla postavit se na vlastní nohy. *„Ale myslím si, že zrovna u tohohle je ten čas, kdy vlastně třeba se ty rodiče loučí a necháš jim tam ten prostor, pro to se rozloučit a máš čas si tam třeba něco doplnit do toho počítače. Kdy tam nepotřebuješ u nich úplně stát, ale vlastně chceš jim dát ten prostor, tak jim řekneš, jen já si tam jdu něco udělat, a oni tam můžou využít ten čas sami pro sebe. Že někdy ty papíry nejsou úplně špatně, že vlastně i u normálního porodu, kdy třeba cítíš, že ta žena najednou potřebuje být chvíli sama, tak vlastně máš ten prostor jí říct, hele já teď potřebuju něco napsat. ...vnímáš, že třeba na tobě hrozně visí, ale ten porod, že si potřebuje stoupnout na ty svoje vlastní nohy, tak ty papíry jsou pro mě vždycky taková záchrana, kdy můžu říct, hele já musím jít udělat tohle, a ona tam musí být sama za sebe. Takže je to otravný, ale někdy to může udělat službu.“*

Z vyprávění PAS1 bylo zřejmé, že **se snažila o kontinuitu péče**. Když záchranná služba ke konci služby přivezla ženu, která následně prošla perinatální ztrátou dvojčat, zůstala i po konci služby, aby se u ženy personál nestřídal. Snažila se ženy provázet celým procesem, často s nimi byla i v pozdějším kontaktu. Tuto nadstandardní péči poskytovala na základě svého přesvědčení a zájmu o problematiku, **nad rámec pracovní doby**.

PAS2 uvedla, že se na pracovišti snaží zajistit, aby se v případě perinatální ztráty mohla jedna porodní asistentka věnovat pouze tomuto případu. Pokud by ale rodilo více žen najednou, musela by se porodní asistentka střídavě věnovat více ženám, tedy přebíhat mezi porodem mrtvého dítěte a porodem/porody zdravých dětí. Naštěstí jsou u nich takové situace vzácné: *„No, to je ono. My se snažíme, když tady je nějaká s tím mrtvým plodem, tak aby tam opravdu s ní byla ta jedna a nikam neodcházela. To znamená jedna porodní asistentka a je tu s ní. A když je tady nějaký holt blázinec, tak se musíme rozdělit bohužel, stejně tak o rodičky. To znamená, musíte třeba odběhnout. Ale, spíš bych řekla, že tím, jak se tady miň rodí, většinou zatím co já jsem měla, tak to nebylo, že by tu byl nějaký blázinec. Většinou sloužíme dvě, takže jedna sem chodí furt, druhá se samozřejmě představí, ale ta chodí už jako minimálně. Tak možná, u nás nevím, ale věřím, že v nějaké velké porodnici by to chtělo určitě víc času, víc prostoru.“*

### 11.5.3 Čas pro rozhodování žen/rodin o rozloučení a pohřbu

Z vyprávění obou porodních asistentek bylo zřejmé, že příprava ženy na rozloučení s dítětem většinou vyžaduje čas. Porodní asistentky potřebují prostor pro to, aby mohly ženu seznámit s možnostmi, které má, často je nutné informace podávat opakovaně.

PAS2: „*Určitě víc času, aby si člověk mohl v klidu, když paní přijde, víc popovídat. Ale to prostě bohužel se mi zdá, že je takový, tam to chybí, a pak při těch kontrakcích... Spíš je to lepší někdy, když ony přijdou někdy a mají chudinky to mrtvý miminko, tak se z nich někdy mámí a mámí se to z nich opravdu, že se indukuje porod, vyvolává, a trvá to třeba 2-3 dny, což je taky hrozně nepříjemný. Ale zase, člověk to s nima může víc, tam ten čas máte. Tam za nima můžete jít, můžete to s nima dopředu probrat, a všechno tuto. Ale když přijde a je rozrozená, no tak už je to horší. Tak víte, jaký to je, když je rozrozená rodička.*“

PAS2 také opakovaně mluvila o tom, že žena nemá dostatek času pro rozhodnutí o pohřbu, což vnímá jako problém: „*S tím jsem měla trošku problém, že jsem jí nabídla, že si miminko může i pohřbít, jenže tady to je právě třeba tuto... Co mi vadí je, že oni na to hrozně spěchají, aby hned prostě, teď paní na mě kouká, teď porodila, pochovala si všechno tuto a teď vyřízená, s pohřbem. Tak to na mě koukali všichni, řekla bych jako divně. Řekla jsem, že ta možnost je, že to miminko samozřejmě musí na pitvu, smutný tuto, a ona řekla, že si to chce rozmyslet... Ale nakonec to odmítli.*“ PAS2 mrzí, že rodiny pro rozhodnutí o pohřbu nemají více času. Nezažila žádnou ženu, která by se rozhodla pro pohřeb dítěte: „*V tu chvíli. Oni na to vůbec nemyslí a mezitím třeba už odejdou, takže já vlastně, ani nemáte šanci... Spíš je my orientujeme na tyto instituce, kdyby chtěli pohřbít, tak jak... Jenže oni se právě musí rozhodnout, což je hrozný, v nějakém tom časovém prostě intervalu.*“ PAS2 již dříve napadlo, zda by nebylo možné i v rámci předporodních kurzů perinatální ztrátu a možnosti rozloučení s dítětem a pohřbu šetrně krátce zmínit, šířit osvětu společností (viz 11.3.2).

Porodních asistentek jsem se ptala, zda ví, kde tělíčko dítěte skončí v případě odmítnutí pohřbu následně po pitvě a spálení, kdyby se například rodiče po čase zajímali, kde je rozptýlen jeho popel. Nevěděly. PAS2: „*Bohužel, já chápu, že to ty lidi tuhleto všechno může napadnout, proto si myslím, že právě ta otázka toho pohřbu, je dobrý, aby oni to věděli, protože pak si budou právě říkat, kde je, kde skončilo... Asi by se měla prodloužit nějak ta lhůta si myslím, i když nevím, asi tam nemůžou nechat to tělo na tý pitevně.*“

PAS1 uvedla, že je povinnost obce dítě po porodu pohřbít, pokud to rodiče odmítnou a pokud se nejedná o potrat, ale kde je to místo nevěděla, protože pravidlo začalo platit zhruba v době, kdy odcházela na mateřskou.

#### 11.5.4 Materiál – edukační, pro tvorbu upomínek a rozloučení

PAS1 uvedla jako jeden z problémů při poskytování perinatální paliativní péče nedostatek materiálů a pomůcek, respektive to, že pomůcky nebyly zajištěné v rámci nemocnice: „**Ty materiální věci chyběly, když to tak řeknu, ale tím, že člověk byl připravený na to, že chybí, tak si to prostě zajistil sám... Mají tam to, co jsem tam dodala já, že vlastně jsem to třeba nakoupila, třeba medvídky... Otiskový sady tam myslím vrchní sestra měla, to koupila v rámci nemocnice... Ty čepičky snad od někoho dostali... Dělali jsme pak takový ty memory boxy, ale to jsme dělali vlastně všechno za svý, nebylo to o tom, že by ta nemocnice měla něco k dispozici.**“

PAS1 považuje za důležité mít ideálně připravené balíčky, sady s materiálem pro případ perinatální ztráty: „**Pak ty věci, abys jim mohla udělat nějaký vzpomínkový, protože určitě s tím nepočítají, a málokdo přijde prostě s něčím, takže nějaký prostě balíčky, materiály, který jim můžeš pak dát do ruky.**“

PAS2 je s materiály spokojená, díky internetu a svépomocným organizacím je dnes řada materiálů snadno dostupná: „**Dnes je ta výhoda, že když já najedu na internetu na Prázdná kolébka.cz, Prázdná náruč, tak je to i ke stažení, takže to stačí vytisknout a paní to dát.**“ Na pracovišti mají připravené informační letáky a letáky s kontakty na místní služby. „**My tu máme právě nakopírovaný, dostávají kontakt ještě na tu Prázdnou kolébku, dostávají kontakt na ten Tobit, dostávají ještě kontakty na místního psychologa.**“ Ukázala mi také některé materiály, které mají na pracovišti připravené pro případ potřeby.<sup>27, 28</sup>

Při posledním provázení perinatální ztrátou pohotově vytvářely s pomocí internetu také vzpomínkovou kartičku: „**My ještě tenkrát jsme jí udělali takovou kartičku, a udělali jsme to na papíře obyčejným.** A na to jsme daly, já přesně nevím, ale my jsme si to obšlehly taky v té Prázdný kolébce, tak tam byla někde udělaná nějaká upomínková kartička... Na počítači jsme napsali datum, jméno té holčičky, a bylo tam nějaké motto, to už si nevzpomínám jaké. Dali jsme jí to s těma nožičkama.“

PAS2 také již dříve zmínila v zahraničí užívanou chladicí kolébku, která by se hodila, pokud by se rodiny loučily s dítětem delší dobu (viz 11.3.2).

---

<sup>27</sup> <https://www.perinatalniztrata.cz/kniha/katerina-jelinkova-brozurka-pro-maminky-po-ztrate-miminka/>

<sup>28</sup> <https://www.perinatalniztrata.cz/kniha/plzensky-kraj-socialni-pruvodce-pro-rodice-po-ztrate-ditete/>



### 11.5.5 Tvorba a uchování upomínkových předmětů

To, jakým způsobem participantky postupují při tvorbě upomínkových předmětů, popsaly při vyprávění posledních případů ztráty, u kterých provázely.

PAS1 přivezla do služby záchraná služba ženu s rozjetým potratem dvojčat. Žena tvrdila, že nevěděla, že je těhotná, lékař odhadoval stáří těhotenství na 19.-20. týden. PAS1 ženu popsala jako sociálně slabší, která těhotenství možná tušila, ale ve své rodinné situaci vytěsnila, proto ji mile překvapilo, že žena na její nabídku souhlasila s tím, aby jí udělala upomínkové fotky miminek a otisky nožiček. PAS1 se snaží ke všem ženám přistupovat stejně (viz 11.2.1), přemýšlela ale, jestli žena v této situaci bude o upomínkové fotky a otisky mít zájem: *„Ale ve finále mě vlastně překvapila tím, že řekla jo, že chce udělat ty otisky, a i vlastně ty fotečky taky, s tím že já jsem jí dala tu nabídku, že jako už bude pak na ní, jestli to někdy bude si chtít vyzvednout nebo ne, že to není nijak závazný. Tak to mě třeba mile překvapilo, že i žena, která je neinformovaná a vlastně s tím těhotenstvím nepočítá, když to tak řeknu, tak přesto chce tyhle věci.“* PAS1 udělala fotky a otisky. Ženě slíbila, že se za ní další den zastaví na oddělení, ale bohužel měla hodně práce a dříve, než se stihla za ženou zastavit, žena z nemocnice odešla. Upomínkové předměty nechala u vrchní sestry a fotky má ještě také u sebe: *„Nechávala jsem to tam vrchní sestře s tím, že se ta žena bude nějak kontaktovat. Nevím, jestli ještě jí pak kontaktovali, to už nevím.“*

Krátce zmínila jiný případ, kdy žena po porodu dítě vidět nechtěla, ale následně PAS1 kontaktovala kvůli fotkám. Rodila císařským řezem, v kontaktu s dítětem byli prarodiče: *„Babička ho i chovala v náručí, takže to byla taky zajímavá zkušenost, kdy ty prarodiče tam vlastně zastoupili tu ženu, která byla teda po té operaci a byla ve spinálu, takže mohla to dítě vidět, ale rozhodla se, že ne, že nechce. Ale pak mě kontaktovala a chtěla pak ty fotky vidět.“*

PAS1 podrobně vyprávěla případ, kde hrála významnou roli fotografie a spolupráce v rámci týmu. Žena byla týden hospitalizovaná, porod se postupně vyvolával, PAS1 tak měla dost času ženu připravit na rozloučení s dítětem. Žena dítě chtěla vidět a pochovat si ho. Nakonec porodila v noci s kolegyněmi, které ženě dítě neukázaly a udělaly jednu fotografii, která byla dokumentární na špinavé podložce, a dítě nemělo čepičkou zakrytou deformaci hlavičky. Žena byla překvapená, že dítě nedostala a chtěla alespoň vidět fotku. Nejprve oslovená grafička neporozuměla požadavkům, ale nakonec se podařilo zajistit citlivou úpravu fotografie a ženě se velmi líbila. PAS1 se zlobila na kolegyně, že k porodu nezavolaly vrchní sestru, jak bylo domluvené (nejspíš nechtěly v noci rušit a chtěly situaci zvládnout),

že neumožnily ženě kontakt s dítětem, třeba s nasazenou čepičkou, a neprovedly lepší fotografie. Vyprávěla také, že i z vlastní zkušenosti ví, že ženy pod vlivem hormonů vnímají své dítě jako krásné i v případě, že objektivně má nějaké deformace.

PAS2 naposledy provázela perinatální ztrátou ženu, která nejprve dítě vidět odmítala a neměla zájem o upomínkové předměty. Ženu provázela kromě partnera její matka, babička dítěte, která později projevila zájem o informace, a i o možné rozloučení. Žena přistoupila na to, že se ještě rozmyslí: „*Paní jsem řekla, že by bylo dobrý, že se třeba rozmyslíme až po tom porodu. Ona řekla, tak že jo, že uvidíme.*“ PAS2 udělala fotky a s kolegyní otisky nožiček: „*Já jsem vlastně dítě vyfotila, to jsem jim nejdřív neříkala, protože oni byli úplně, plakali, nechtěli tam nejdřív jít, my jsme ještě s tou mojí kolegyní udělaly obtisky nožiček, a pak jsem tam pozvala tu babičku, normálně na ten novorozeneckej box.*“ PAS2 s kolegyní se souhlasem rodiny dítě zvažily, podpořily babičku v tom, že může novorozené holčičce dát čepičku, pomohly holčičku obléknout a pak holčičku předaly ženě, která si sama později holčičku fotila: „*Paní samozřejmě plakala, ale – už na ní mluvila, jmenovala jí a vlastně pak jsme je tu nechali, vždycky jsme jenom nakoukli, zeptali jsme se, jestli je všechno v pořádku, jestli ještě něco nepotřebujou. Jo, oni potom, když viděli, jak je zabalená, tak vlastně paní sama přišla na to, že by bylo dobrý udělat nějakou fotku, takže paní si ji vyfotila.*“ Dále PAS2 s kolegy vytvořili upomínkovou kartičku (viz předchozí kapitola 11.5.4) a spolu s otisky nožiček předali rodině: „*Dali jsme jí to s těma nožičkama, oni si to nechali nejdřív jako u postele, jako nevšimli si toho, a pak si to teda nakonec vzali.*“

Na pracovišti PAS2 bohužel upomínkové předměty neuchovávají, pokud je žena nejprve odmítne a měla by o ně zájem později. Proto se většinou snaží, aby ženy nějak upomínky měly u sebe, když odchází: „*Když to nechce, tak **my to neděláme, že bychom jim to schovávali nebo schraňovali**, protože náš primář to nechce. Jo, já vůbec nevím, kam bysme to dali, kdyby náhodou někdy ta ženská... Ale já to chápu, mohlo by to tak být... Proto jsme se většinou jako snažili, aby to jako měli, alespoň něco, aby jako dostali.*“ „*Odchází s letáčkem, odchází s fotkou, odchází s nožkou. Jestli to pak vyhodí nebo ne...*“

### 11.5.6 Mezioborová spolupráce

Participantek jsem se vyptávala na dostupnost dalších profesionálů, kteří by se mohli podílet v rámci komplexní perinatální paliativní péče.

Na pracovišti PAS1 byl k dispozici sociální pracovník a kontakt na kněze, který by v případě zájmu přišel. V době, kdy na pracovišti působila PAS1, byl přítomný sociální pracovník méně zkušený v oblasti perinatální ztráty: „*Měli tam nějakého sociálního*

pracovníka, který pomohl těm rodičům vyřídit pak třeba matriku a tak. ...ale oni se tam zrovna nějak střídali, že ta paní, která tam byla původně, byla nemocná, takže se místo ní vyměnil nějak jiný, kterej dělal i sanitáře a zároveň dělal i tohodle, takže některé informace získával od nás vlastně.“ Psycholog nebyl zajištěn v rámci nemocnice, ale po domluvě dávala PAS1 a její kolegyně kontakt na psycholožku, kterou dříve provázely u porodu: „**Na psychologa jsme dávaly kontakt my, na paní, který jsme byly u porodu, a věděly jsme, že je psycholožka, tak na tu jsme třeba pak dávaly kontakt.**“

PAS1 považuje za důležité, mít připravené materiály s kontakty pro případnou následnou péči o ženy: „**S kontakty a kam se pak můžou obrátit dál, protože ono většinou je to tak, že prostě oni odejdou z nemocnice, a když to prostě není tvoje žena, se kterou jsi domluvená k porodu, tak ne vždy je to tak, že se sejdete, ne vždycky tam úplně víš, co se pak děje, takže aby se měly případně kam obrátit, abych já měla prostě fakt pocít, že jsem to udělala dobře, až jako do toho konce.**“

Na pracovišti PAS2 dávají ženám **kontakt na místní psycholožku**: „*Psychologa nabízíme. My ho tu nemáme. Ale nabízíme právě na tom našem papíru, kde je místní psycholog, řekneme jim, že se tím zabývá, že to je psycholožka, já jim říkám, že ona se o to zajímá, že s tím má zkušenost, že se přímo zaměřuje na tuto. Tak tam má kontakt, webový stránky, telefon. A dostane takový ty základní informace.*“

Kontakt na kněze k dispozici není, v případě potřeby by si rodina kněze mohla přivolat sama. „*To nemáme právě. Já jsem to teda ještě nezažila, řekla bych, nevím, že většinou mám asi lidi, který nejsou věřící, ale kdyby byla, tak já myslím, že většinou, myslím si to já, že by si sami sehnali, anebo bych řekla, že jestli chtějí nějakou duchovní podporu, že klidně si můžou zavolat jí klidně sem.*“

V nemocnici je sociální pracovnice, kterou by mohli využít v případě zájmu o pohřeb, jinak se do péče při perinatální ztrátě nezapojuje a veškeré informace ženě dávají porodní asistentky: „**My tady máme sociální pracovníci, to je pravda, ale oni to nechávají všechno tadyto na nás.** Že my je informujeme (rodiče), my jim řekneme, dáme letáky, prostě takhle to tady máme zařízený. Když by teda paní chtěla pohřeb, a to je to, co my jim nabídneme, tak potom bysme jim dali eventuelně kontakt na tu sociální pracovnici.“

Rodiny dostávají také kontakty na pohřební služby: „*Spíš je my orientujeme na tyto instituce, kdyby chtěli pohřbít, tak jak. Dostávají číslo na pohřební službu, to tam máme právě všechno na tom letáku, na pohřební ústav.*“

### 11.5.7 Spolupráce v rámci týmu

Téma spolupráce v rámci týmu se prolíná s mnoha dalšími oblastmi.

PAS1 působila na pracovišti krátce a v rámci externí smlouvy, respektive jen na malý úvazek, většinou přijížděla se „svými“ ženami. Při perinatální paliativní péči vycházela ze svých osobních zkušeností s perinatální ztrátou a hlubších znalostí. Z těchto důvodů se dá říci, že nebyla běžnou členkou týmu porodního sálu.

Postupovala po svém a z vyprávění bylo zřejmé, že ne všechny kolegyně jejímu přístupu rozumí. PAS1 vnímala, že se vymyká běžnému přístupu a pohled kolegyně zmínila jako určitou nepříjemnost: *„A pak asi třeba ten pohled těch kolegyně je takový nepříjemný, ale to většinou, oni ti to neřeknou do očí, oni si to pak jako šuškejí o tom, že seš fakt jako divná (smích).“* Později popsala i podporu kolegyně, ale je zřejmé, že pracovala více odděleně od týmu. *„Já s nimi nemám problém, já většinou neřeším moc, co si kdo o mě myslí, takže prostě si jedu tu svojí, to, co potřebuju, řeknu si o to, co potřebuju a oni to většinou udělali. Neměla jsem s nikým žádný problém, a i si myslím, že mě v té práci podpořili.“* *„Bylo pravda, že i třeba ty kolegyně pomohly a řekly hele, tak my ty papíry jako vyplníme, jo.“*

Spolupráci s lékaři porodníky popsala jako bezproblémovou: *„S doktorama to bylo v pohodě, doktoři to vždycky nechali stejně na nás, víceméně, a jenom prostě jsme dávaly ty informace, jak to postupuje, nebo co ta žena chce.“* Jen uvedla jako problém, že po porodu dvojčat, po kterém druhé dvojče nečekaně a překvapivě projevilo známky života, byl v dokumentaci uveden potrat *„tak jsme se tam jako dohadovali s těma lékařema, kdy já jsem jim říkala, že tím, že to dítě mělo alespoň jako jednu životní funkci, tak by to mělo být brané jako porod, a ne jako potrat, že to je zásadní pro tu ženu i v těch následujících dnech a týdnech, tak jak bude fungovat i ona co se týče sociálního systému. Ale oni tam s tím neměli zkušenost, prostě brali to, že to je 20. týden, takže to napsali jako potrat.“*

Na porodním sále mohla pečovat o ženu/rodinu samostatně: *„Nechali mě celý to provést tu ženu, nebo tu rodinu tím procesem, až vlastně do toho, kdy já jsem jí pak předávala na oddělení šestinedělí.“* Spolupráce s dětským oddělením byla také bezproblémová: *„Většinou se k tomu volali dětský, a takže jenom přišli, zkontrolovali a odešli a nechali nám tam dítě, a my už jsme si mohli dělat prostě to, co jsme potřebovali, s tím, že i pak jsme to dítě zabalili a odnesli ho, nechali ho pak odnýt z oddělení“*

Pokud se porod vyvolával, byla žena nejprve hospitalizovaná **na oddělení gynekologie**. Tady PAS1 uvedla jako problém, že kolegyně za ženou chodily velmi často a opakovaně s otázkami nebo kontrolami: *„To bylo u některých takový náročnější, že*

*nevnímaly to, že prostě třeba je tam potřeba to soukromí... Takže to nefungovalo úplně dobře.*“ PAS1 by považovala za ideální, kdyby mohla o ženu pečovat komplexně.

PAS2 s kolegyněmi porodními asistentkami společně komunikují a zpětně probírají proběhlé případy. PAS2 hovořila o tom, že někdy je problémem přístup především starších lékařů k novějším postupům perinatální paliativní péče, jinak lékaři péči nechávají v rukou porodních asistentek: *„S kolegyněmi to probereme. Jen ti lékaři, většinou ti starší, se koukají na to divně třeba. Ale většinou to nechají na nás, což si myslím, že je dobře.*“

Zdá se, že by byla výhodná týmová supervize, která by umožnila komunikaci v rámci celého týmu: *„Tak, to nemáme, my komunikujeme spolu, ale s lékařema potom zpětně nemáme. Řekneme si něco, ale není to takový, že bysme si teda sedli, ty co měli tu službu nebo i jiný, a řekli bysme si: „Hele, až to bude takhle takhle, uděláme to takhle takhle.“ To úplně ne. Spíš tady mezi náma. Možná, když oni jsou spolu, to my nevíme, jestli si mezi sebou něco, ale já si myslím, že spíš ne. Jo, oni si tady něco přečetli, my jim samozřejmě řekneme „hele, uděláme to takhle takhle, dáme paní tuto tuto“, a oni teda „hm, hm.“*

PAS2 hovořila o tom, jak je důležitá správná komunikace se ženou s perinatální ztrátou a že by bylo ideální v rámci celého týmu sjednotit svůj přístup a dané situace prakticky trénovat: *„Ta komunikace by prostě měla bejt. Měla by začít hlavně od lékaře, mělo by to začít koordinovaně... Ale spíš si já myslím, že by bylo lepší nějak si to natrénovat, a společně si sednout, a nejen přečíst si prostě, to může dnes každej.*“

PAS2 ke konci rozhovoru také hovořila obecně o kompetencích PAS. Nemožnost pracovat samostatně, konflikty s lékaři a pomalost prosazování změn v porodnictví jsou pro ni významným zdrojem zátěže (viz 11.4.3).

### **11.5.8 Vzdělávání, příslužba specializované PAS**

PAS1 vnímá jako problém nedostatečné znalosti a dovednosti personálu: *„Většinou ta následná péče o tu ženu, nebo ta péče před tím, nás štvála, že právě ty lidi nebyli vyškolený v tom, tak prostě to dělali tak jak cítí, ale nebylo to vždycky úplně citlivě.*“

PAS1 považuje za důležité vyškolení personálu: *„Určitě vyškolit ten personál.“* A navíc by považovala za ideální vyčlenění specializovaných porodních asistentek, které by v případě perinatální ztráty byly přivolány jako příslužba. Tyto PAS by se tématu věnovaly ze zájmu do větší hloubky a za své služby by byly ohodnoceny: *„Každá porodní asistentka, každý lékař si myslím, že by měl mít určitě nějaké minimum toho, jak by to mělo vypadat, a pak si myslím, že by ideálně mohly být třeba jedna dvě porodní asistentky, které se tomu tématu věnujou, a držet třeba službu nějaký jako pohotovosti, kdy k tomu porodu prostě*

*přijede ta porodní asistentka, která je v tom vyškolená. Ideální by bylo samozřejmě, aby v tom byl vyškolen každý. Ale zase ne každý se tomu tématu úplně chce věnovat, takže zase nutit do toho někoho, komu to není příjemný, mi taky přijde blbý. Takže tohle určitě nějak ošetřit, to, kdo se tý ženě nebo tý rodině věnuje v takovéhle situaci. **A když už to bude někdo, tak aby ten člověk byl za to i ohodnocený.***“

PAS2 se domnívá, že informace o perinatální paliativní péči jsou dobře dostupné, ale že potřebný by byl praktický trénink pro personál, pro celý tým: „*Myslím si, že už se hodně dostalo do povědomí, ta péče o tu rodičku... **Myslím si, že ty informace jsou. Jsou tu materiály, co si člověk může přečíst. Ale spíš si já myslím, že by bylo lepší nějak si to natrénovat a společně si sednout.***“

PAS2 mluvila o tom, že porodní asistentky už mají povědomí o perinatální paliativní péči dobré: „*Ty porodní asistentky, když nebudou mít opravdu problém s komunikací, to znamená, že nebudou se stydět... pak si myslím, že tam problém úplně nebude.*“ A že všechny PAS na pracovišti podpoří ženy v rozloučení s dítětem a umí vytvořit upomínkové předměty: „*Pro někoho to není příjemný, ale žádná by neměla mít problém s těmi věcmi, které děláme.*“

PAS2 ale opakovaně zmiňovala, že problematický je přístup některých lékařů, především starších: „*Někdy někteří doktoři na to nekoukají úplně, na to, co jim tady nabízíme, nebo co jim říkáme, tak jim to připadá jako úplná kravina a nesmysl. Kor takovým těm starším, stará škola... ty potom když tadyto tady začnete, tak na vás koukaj jak na blázna. Ale my jsme jim daly taky číst, co jsou ty různý průvodci, takže oni načtený to mají, tak to nechají většinou na nás a na ty paní.*“ Zažila bohužel také situaci, kdy lékař rozmluvil ženě její rozhodnutí s dítětem se rozloučit a pohřbít ho. Žena byla ve 20. týdnu a přišla druhý den poté, co u ambulantního gynekologa zjistila úmrtí dítěte, rozhodnutá s dítětem se rozloučit: „*...pak už to měla všechno opravdu přečtený, a to jí opravdu rozmluvili. Byla připravená, ano prostě... Rozloučit se chtěla, nakonec on jí to všechno rozmluvil, že vlastně nic. Což si myslím, že není dobře. Takže paní asi to vzala, nevím, jak to bude brát teď, já nevím, já nemám zpětnou vazbu, ale myslím si, že tenkrát ten lékař XY jí to neměl rozmlouvat.*“ Dále popisovala někdy necitlivou komunikaci lékařů při diagnostice intrauterinního úmrtí, domnívá se, že by potřebovali tuto komunikaci trénovat, ideálně by se hodil kurz pro celý tým: „*Lékaři by měli mít trénink komunikace, i jako zkoušet si to. To znamená, kdyby mohl přijet někdo, udělat nějaký kurz pro tu nemocnici, ... někdo, kdo tomu rozumí, a mohli bysme mít nějaký takovej kurz pro všechny.*“

Zeptala jsem se, co si PAS2 myslí o možnosti příslužby PAS specializované na perinatální paliativní péči. PAS2 se zamyslela, že pokud by byla vyčleněná PAS ochotná přijet k případům ztráty, mohlo by to být užitečné, ale nepovažuje to za reálné v České republice. Domnívá se, že se perinatální paliativní péče dá praxí naučit a že by ji měla umět každá PAS: „*Už nikdo na tom není úplně tak, že by to nezvládl. Kdyby byla taková PA k máni, asi proč ne, ale myslím si, že to není v ČR úplně možný. Spíš si myslím, že by každá, i když je to pro ní hrozný, nepříjemný, tak je to prostě její práce, že by to měla umět, alespoň částečně.*“ „*To jsou věci, který se dají naučit. Komunikací, tím že se to alespoň trochu trénuje, a ne jenom koukat. Myslím, že se to nějakým cvikem dá naučit. Neříkám, je to hrozný. Ano, někdo je ke komunikaci lepší, někdo je trošku horší, to je jasný, ale je to tak. To je stejný, jako když se rodí živý mimčo, někdo komunikuje, někdo nekomunikuje. Ale tak tady je to úplně jinej případ že, tady by ta komunikace měla bejt.*“

#### **11.5.9 Organizační podpora psychohygieny, ohodnocení personálu**

Ptala jsem se porodních asistentek na všechny jejich návrhy na zlepšení perinatální paliativní péče. Obě porodní asistentky by měly zájem o případný kurz psychohygieny a sebepečce pro personál (viz 11.4.4).

PAS1 zmínila, že by určitě byla vhodná supervize pro personál a dále dostatečné finanční ohodnocení, odpovídající zátěži. Uvedla zajímavé přirovnání: „*Sestry, které pracují s Covid pacienty dostávají nějaký příspěvky za to, že pracují v takovýhle situacích. Porodní asistentka, která provede rodiče po perinatální ztrátě, tak si to ještě zaplatí celý sama.*“

PAS2 by byla ráda, kdyby nemocnice nabízela psychologa a podporovala sebepečci třeba i formou poukazů a jiných benefitů: „*Tak mohla by nemocnice něco nabízet. Mohla by nabízet psychologa, ano, mohla by nabízet – a to nemyslím jen, když je mrtvý plod, ale vy máte být v kondici furt, a nejen když přijde takováhle paní – tak mohli by dát třeba nějakou poukázku, na nějaké cvičení, třeba do bazénu. U nás je nula nula, u nás nějaké vyžití nebo psychohygienu vůbec nefunguje. A to si myslím, že bude skoro ve většině asi.*“

Byla by ráda, pokud by se nemocnice zajímala o psychohygienu a psychický stav zaměstnanců, a kdyby nabízela služby psychologa případně jiného odborníka, se kterým by mohla probrat případné těžkosti: „*Naše nemocnice o tu psychohygienu nijak nepečuje, a neříkám, že by to mělo být zrovna jen v tomhle případě, ale že by třeba mohli mít nějakýho psychologa, se kterým když bych si chtěla promluvit, tak aby mi ho nabídli, a aby mi neřekli: „Tak si někoho sežeň, ty máš problém, ty si to vyřeš.“ To znamená že já ho*

*zkontaktuju, a tak dále. Ne každej psycholog je zdarma, tak třeba aby mi, kdybych já měla zájem o psychologa, tak aby to zdravotnický zařízení bylo schopný mi říct: „fajn, můžeme nabídnout tenhle kontakt“. To si myslím, že by nebylo úplně špatný, nebo někoho, kdo si s vámi o tom promluví, ale nevím tady, kdo kromě psychologa by o tutom komunikoval... Kdyby ta nemocnice třeba nabídla „máte tu možnost holky, když by něco, probereme to.“ To tam prostě chybí, nejen pro tu perinatální ztrátu.“*



## DISKUZE

### Potřeby zdravotníků

Výzkumná otázka č. 1: Jaké jsou potřeby zdravotníků při provázení žen a rodin perinatální ztrátou?

Jaké jsou potřeby zdravotníků (porodních asistentek) v souvislosti s provázením žen/rodin perinatální ztrátou je hlavní otázka zastřešující celou práci. Potřeby participantek vyplývají ve všech následujících tématech – potřeba vzdělávání a získání praktických dovedností (v rámci 2. otázky), potřeba profesionálního odstupu od osobního prožívání truchlících žen/rodin, potřeba hledání smyslu ztráty a filosofie poskytované péče, potřeba zpětné vazby pro pocit z dobře odvedené práce (v rámci 3. otázky), potřeba psychohygieny a sebezpěči, znalostí o sebezpečí (v rámci 4. otázky) a řada konkrétních potřeb (a návrhů na jejich naplnění) při poskytování perinatální paliativní péče, při spolupráci v rámci týmu i mezioborové spolupráci – prostorové zázemí, materiál, jednotná organizace péče, odpovídající ohodnocení, mezioborová spolupráce, organizační podpora psychohygieny, supervize, týmové spolupráce, vzdělávání atp. (v rámci 5. otázky)

### Získávání znalostí a dovedností v perinatální paliativní péči

Výzkumná otázka č. 2: Jak participantky získávaly své znalosti a dovednosti v oblasti perinatální paliativní péče?

	PAS1	PAS2
Studium porodní asistence	nevzpomíná si na cílenou výuku, k tématu se dostávaly více díky jejím osobním zkušenostem	na VOŠ se téma neprobíralo, na VŠ v rámci psychologie ano: teoretickou výuku považuje za dostatečnou
Samostudium	kurzy, literatura, vlastní zájem	četba literatury, vlastní zájem
Praxe během studia	ženám se ztrátou se během praxe díky vlastním zkušenostem věnovala více než spolužačky	<i>„...nic jsme nevěděly... nás tam prostě nastrčili... nic nám neřekli... přišlo mi to hrozný.“</i>
Zhodnocení vlastních znalostí a dovedností	Díky osobním zkušenostem a zájmu hodnotí své znalosti a dovednosti jako dobré: <i>„...po tý lidský stránce si myslím, že to těm ženám vždycky, nebo když jsem od nich měla zpětnou vazbu, že jim to pomohlo,“</i> O další vzdělávání má zájem.	Teoretické informace považuje za dobré a také dnes dobře dostupné i díky internetu, <i>„Chtělo by to víc komunikovat... nějaký výcvik... už v rámci školy, ještě prakticky si to vyzkoušet, nasimulovat.“</i> Sama zkušenosti získala praxí, ale o případný kurz by měla zájem.

V rámci pregraduálního vzdělání si PAS1 nevybavuje výuku plánovaně cílenou na perinatální ztrátu, PAS2 považuje za dobré teoretické informace ze studií na VŠ, ovšem ve výuce podle ní chybí praktický trénink. Obě porodní asistentky se v oblasti perinatální paliativní péče hlouběji vzdělávaly na základě vlastního zájmu, obě by měly zájem o další vzdělávání.

Také v americkém výzkumu popsaly porodní asistentky nedostatečné oficiální vzdělání v perinatální paliativní péči, nedostatečně připravené pak zažívají úzkost a strach. Vnímají potřebu dalšího vzdělávání, které jim pomůže získat sebedůvěru a pocity z dobře odvedené práce (Willis 2019). Ve shodě s vyjádřením PAS2 ukázal italský výzkum potřebu praktického tréninku a nácviku komunikace ve složitých momentech perinatální paliativní péče (Ravaldi a kol. 2021).

Kvantitativní výzkum v Koreji ukázal, že povědomí pečujících sester o perinatální paliativní péči bylo větší, pokud absolvovaly kurz a pokud byly na pracovišti jasně stanovené postupy. Jejich přístup k péči byl lepší, snažily se rodinám poskytnout prostor rozloučení s dítětem, to jim ale zároveň přinášelo vyšší míru stresu, z důvodu vnitřních konfliktů, např. zda je vhodné ženě dítě ukazovat nebo ne. Drtivá většina účastnic výzkumu neprošla žádným kurzem věnujícím se perinatální paliativní péči a chybí jim doporučené postupy. Výzkum došel k závěrům, že je třeba vypracovat doporučené postupy, systém vzdělávání a podporovat psychohygienu na jednotlivých pracovištích (Eunhi a Hae Won, 2020).

### Prožitky při provázení perinatální ztrátou

Výzkumná otázka č. 3: Co prožívají participantky v průběhu poskytování péče ženám zažívajícím perinatální ztrátu? Jak se měnilo jejich prožívání v souvislosti se získanými zkušenostmi?

	PAS1	PAS2
Pocity během provázení	Obě participantky: pocity lítosti a smutku vedoucí až k pláči, zároveň určitý nadhled a oddělení od osobního prožívání dané ženy/rodiny <i>„...občas tě to samozřejmě dojde, takže i třeba slza ukápně“ „...jsem v nějaký jako ochranný bublině... nemám tam asi úplně tu osobní rovinu, že vlastně by se mě to nějak hluboce dotýkalo ... umím si tam mezi to dát to, že vlastně to je ten jejich příběh a já jsem jenom ten průvodce.“</i>	<i>„...cítím se nepříjemně, je mi to líto... třeba se mi chce i brečet“ „...nepříjemnej pocit, takový napětí... snažím se to v sobě všechno tak nějak jako potlačit, abych mohla té ženě pomoci... musím se trochu odosobnit. I když jde to strašně těžko.“</i>
	Obě participantky: promýšlí, jak s danou ženou komunikovat, jak jí nabízet možnosti rozloučení s dítětem, je pro ně lepší, pokud mají čas	

	<p>„Vždycky třeba přemýšlím nad tím případem... když s nima pracuješ ještě před porodem a máš možnost jim tam nastínit tu situaci a máš dost času.“</p>	<p>„...pak začnu přemýšlet o tom, jak to té paní řeknu, jak jí to jako nabídnu, jaký jsou možnosti... hned přejdu na tohleto.“</p>
	<p>PAS1 dále popisovala, že na porodním sále jsou rodiny většinou ve fázi šoku, a tak situace ani u ní nevyvolává silné pocity žalu nebo lítostivosti: „...není to úplně vysloveně takový to lítostivý... oni potřebují jenom to přežít a vlastně teď nějak fungovat,“ Potřeby žen jsou individuální, ale PAS1 z osobní zkušenosti vnímá jako důležité projevy lidskosti. Je možné plakat, přiznat neznalost: „Je možný tam přiznat vlastně ty svoje emoce a pocity, a přesto mít dobrý pocit z dobře odvedené práce.“</p>	
Následné pocity	<p>PAS1 popisovala dobré pocity pramenící z toho, že se dařilo rodinám zajistit intimní a respektující péči: „...když je ten proces takový jako přirozený, tak jsou tam i ty hezký pocity... vděčnost za to, že s tím dítětem můžeš být a rozloučit se... pro mě je to milá vzpomínka, že jsem ty rodiče mohla doprovodit v tý jejich těžký situaci...“</p>	<p>PAS2 hovořila o nepříjemných pocitech: „Ještě to leží, určitě, to nejde jenom tak, spíš prostě na to myslím večer, fakt jsou ještě ty vtíravý myšlenky někdy, a trvá to.“ Příběhy perinatální ztráty nezapomněla: „Já to vidím jako dneska, všechny.“ Později také popsala pocity z dobře odvedené práce: „Člověk má dobrej pocit, že jí mohl pomoci, že udělal asi všechno to, co mohl udělat,“</p>
Zpětná vazba	<p>S rodinami je často v dalším kontaktu: „Navázali jsme tam takovej hezkej vztah, vlastně do dneška si píšem,“ Zpětná vazba jí přináší dobré pocity z odvedené práce: „...i ty rodiče se k tomu vracej kolikrát, že prostě jsou rádi, že to takhle mohli prožít a vlastně jsou tam jako dobrý pocity k tomu.“</p>	<p>PAS2 hovořila o potřebě zpětné vazby: „Já vlastně ani nemám žádnou zpětnou vazbu.“ Zpětná vazba by jí pomohla ujistit se, že její péče je prospěšná: „Že by mě zajímalo... jestli opravdu to, že tady byla s tím dítětem, obtiskly se ty nožky, jestli to pro ní bylo dobře. Ještě bych to ráda věděla.“</p>
Vývoj se zkušeností	<p>Vzhledem ke krátké praxi a přístupu vycházejícímu z osobních zkušeností, ke změně nastavení a prožívání nedošlo. Na základě zkušeností a zpětné vazby došlo k vývoji některých procesů spíše po technické stránce, např. při pořizování fotografií – pořizuje více detailnějších a má zkušenosti s jejich úpravou apod.</p>	<p>PAS2 prožila během praxe změnu přístupu od bránění kontaktu ženy s dítětem k podpoře rozloučení a změny v komunikaci. Dřívější postupy jí byly nepříjemné. Se získanými zkušenostmi a znalostmi se také lépe vypořádává se svými pocity: „S tím, že získáte tu praxi... nejste tak sklíčená, tak vyštávená, můžete si s tím trošku víc poradit. Líp to zpracujete.“</p>
Vnímání významu péče	<p>Vliv péče na prožívání rodičů popisuje PAS1 jako obrovský. Dále vnímá vliv kvalitní péče pro zdravotníky: „...to může být velmi prospěšný nejenom pro ty rodiče,</p>	<p>PAS2 vnímá péči jako významnou pro celou rodinu. „...to může předejít nějakým vážnějším psychickým problémům, traumatu, ovlivnit celkový pohled do</p>

	<i>ale i toto zdravotníka, kterej si tam přesně nenese to trauma,“</i>	<i>budoucná...“</i> Hovořila o významu kvalitní komunikace a pomoci v začátku procesu truchlení.
Přístup ke smrti, spiritualita	PAS1 její osobní zkušenosti změnil život, ale našla díky nim práci, která ji naplňuje. Věří, že i ztráta má svůj smysl, i když nemusí být zřejmý: „...že to má nějaký stejně hlubší smysl... prostě to tak k tomu životu patří.“ Její osobní nastavení její oporou při zvládnutí těžkých situací: „...věřím tomu, že je tady něco víc než jenom my.“	PAS2 vnímá ztrátu jako neovlivnitelnou součást života, kterou nezbyvá než přijmout: „ <i>Je to součástí přírody, je to tak, je to smutný, ale asi to miminko prostě mělo odejít... Přijmout to, jak to přichází.</i> “ Zkušenost se smrtí blízkého člověka jí přinesla větší empatii. Dále hovořila o vytěsnění tématu smrti ze společnosti: „ <i>Lidi jsou přetechnizovaný... chybí takový ty rituály.</i> “

Obě participantky mluvily o pocitech lítosti a smutku vedoucích až k pláči. PAS2 zmínila napětí a vtíravé myšlenky večer, přetrvávající myšlenky na daný případ po delší dobu. To je v souladu s dalšími výzkumy, které popisují, že porodní asistentky provázející rodiny perinatální ztrátou mohou zažívat smutek, zármutek, strach, úzkost, hněv, bolest hlavy, nespavost. Smutek a lítost pociťovaly všechny zkoumané zdravotnice v americkém výzkumu, mnoho z nich mělo problémy s usínáním, popisovaly přetrvávající myšlenky na danou ženu další dny, mentální vyčerpání (Willis 2019).

Kvalitativní výzkum zdravotníků v Norsku ukázal v souvislosti s perinatální ztrátou šok, obavy, napětí, obviňování a sebeobviňování. Pocity viny za to, že se nenaplnila očekávání rodičů o zdravém dítěti, přestože nemohli na situaci nést žádný podíl. Zdravotníci by měli vědět, že ve spojení s perinatální ztrátou (obecně, i v případech, kdy nebylo žádným způsobem možné situaci ovlivnit) jsou pocity viny běžné a velmi časté (André a kol. 2020).

Zpracovávání vzpomínek na případy ztráty popisovali zdravotníci různě, často shodně s PAS2 popsali, že se jich myšlenky nějakou dobu drží a dosud si situace občas vybaví. Rádi by měli k dispozici nějaký čas na zpracování prožité události před návratem do práce. Pocity po setkání s perinatální ztrátou jsou velmi podobné mezi všemi zdravotníky, netýkají se jen porodních asistentek (André a kol. 2020).

Obě participantky popsaly určitý profesionální odstup, soustředění na provádění jednotlivých úkonů. PAS1 vnímá, že situace je příběhem ženy, u kterého ona je jen průvodce, PAS2 popsala, že se snaží své emoce potlačit a odosobnit se, aby mohla poskytnout ženě dobrou péči. Jejich výpovědi jsou ve shodě se zjištěními amerického výzkumu, ve kterém participantky popsaly nutnost přenést se přes daný moment, zaměření na naplňování

konkrétních aktuálních potřeb pacientů, soustředění na jednotlivé výkony, nutnost udržet si profesionální odstup a nedovolit, aby je zaplavily emoce a ovlivnily tak péči (Willis 2019). Někteří zdravotníci v norském výzkumu popisovali jako velkou výzvu vypořádat se s emocemi rodičů a zároveň zpracovávat své vlastní pocity. Je náročné najít míru, s jakou je možné projevit své vlastní emoce. Někteří s postupem času našli způsob, jak situace lépe zpracovávat. Přílišné oddělení, potlačení a neukazování žádných lidských pocitů není vhodnou reakcí, neumožňuje zdravotníkovi prožití a nezbytné zpracování pocitů (André a kol. 2020). Navíc PAS1 zmínila z osobní zkušenosti s perinatální ztrátou, že pro ni jako ženu byly důležité projevy lidskosti pečujících.

PAS2 zmínila, že si detailně pamatuje všechny případy perinatální ztráty. Stejně tak v americkém výzkumu respondentky popsaly, že jednotlivé příběhy mají hluboko v srdci a dokáží si je živě vybavit i po 30 letech (Willis 2019).

PAS1 často měla od žen zpětnou vazbu, která jí pomáhala získat pocit z dobře odváděné práce a spolupodílí se na jejích dobrých pocitech při vzpomínkách na jednotlivé případy. PAS2 zpětná vazba chybí, což přináší určitou nejistotu, zda se jí povedlo naplnit individuální potřeby daných žen. Zajímalo by ji, zda ženám poskytnutá péče pomohla a jak ji vnímají po čase. Americká psychologka věnující se syndromu vyhoření Christina Maslach považuje zpětnou vazbu za nenahraditelný způsob, jak dát člověku najevo, že je jeho práce vnímaná a oceňovaná (Maslach 2003 in Takács a kol. 2015, s. 157).

Zkušenosti žen mohou být použity jako indikátor kvality poskytované péče, zahrnující také emocionální aspekt péče (Ravaldi a kol. 2018). Doporučeným postupům pro získávání zpětné vazby v perinatální paliativní péči se věnuje porodní asistentka Lenka Pazdera na webu [perinatalniztrata.cz](http://perinatalniztrata.cz).<sup>29</sup>

## Psychohygiena a sebepéče

Výzkumná otázka č. 4: Jaké formy psychohygieny participantky využívají v praxi?

	PAS1	PAS2
Krizové situace	Obě participantky se v akutní situaci přepnou do výkonného nastavení, ve kterém se soustředí na provádění jednotlivých úkonů: <i>„...v tu chvíli musíš a jako jedeš... moje osobnost v tuhle chvíli, jak kdyby poodešla někam dál a seš tam fakt jako ten robot,“</i>	<i>„...okamžitě přepnu a jedu na to, co se musí.“</i> <i>„...podupávám, nebo možná že se napiju.“</i>

<sup>29</sup> <https://www.perinatalniztrata.cz/postupy-pri-perinatalni-ztrate/nasledna-pecce-o-rodinu/zpetna-vazba/>

	Po skončení krizové situace naplní své základní potřeby:	
	<i>„...tak to s kolegyní hned jako proberem... nadýchat se toho čerstvého vzduchu. A napít se, najíst se, takový to, co jsi předtím nestihla,“</i>	<i>„Protože jsem ve stresu, tak si to prostě zakompenzuju tím, že si dám něco sladkého nebo jdu a koupím si dole energeták.“</i>
Další zdroje zátěže	PAS2 popsala vysokou míru zátěže v porodní asistenci: <i>„Člověk je přetížen, má toho plný zuby, jsou velké směny, přesčas...“</i> Jako významný zdroj zátěže v porodní asistenci vnímá nemožnost využít své kompetence v praxi a velmi pomalé změny v postupech. <i>„Ta nespouprá s těma doktorama, že to chcete prostě jinak.“ „...když vidíte, že v tom oboru jste tolik let, a strašně málo se změnilo... Když vás nepustí, kompetence nevyužijete... už jsme uběhly tolik let, furt se o tom mluví, ale furt to není.“</i>	
Sdílení, sociální opora	Pro obě porodní asistentky je důležitou oporou sdílení s kolegyněmi: <i>„...máme ten porodní tým, tak prostě když potřebuju, tak mezi sebou sdílíme... vždycky jsem zvedla telefon, volala jsem kolegyni, a prostě sdílely jsme tam ty pocity a emoce a zanádaaly si... ona mi třeba na to řekla svůj názor ještě, druhý pohled.“</i>	
Pravidelná psychohygienu	PAS1 po provázení žen hodně spala, má ráda hlasitou hudbu v autě, chodí pravidelně na masáže, ráda vyjede nebo vyleze na nějaký kopec nebo jinak vykročí z komfortní zóny: <i>„Já potřebuju něco vždycky, mám pocit překonávat. ...nebo jdu třeba dolů, tady máme pás, tak prostě se vyběhat, nebo třeba teď jsem začala chodit do studené vody, tak to je taky pro mě takový vlastně překonávání sama sebe...“</i> Domnívá se, že by se jí hodil více systematický přístup v oblasti sebepečce: <i>„Já málokdy mám potřebu přiznat, že už vlastně nemůžu. každá výzva je pro mě ještě víc motivující... nemám prostě nějaký systém, že bych něco dělala, myslím si, že by to ale bylo potřeba.“</i> Sama si zátěž příliš neuvědomuje, ale odráží se v osobních vztazích. <i>„...tak vždycky jedu, jedu, jedu..., jedu..., jedu až dojedu někam, kde vlastně být nechci... když vždycky přijdou tyhle momenty zastavení, kdy dojdu už do nějaký krize, tak pak potřebuju sama se sebou něco udělat. Udělat nějakou tu změnu.“</i>	PAS2 ve volném čase odpočívá, čte, chodí na procházky do přírody, lehce si zasportuje a věnuje se zvířatům, která má doma a která jí přináší uklidnění. <i>„...mě nabíjí i ta práce sama o sobě, což snad nikdo nechápe, protože já si třeba chodím rodit ty své maminy, dělám už to několik let, takže mě zase když potom se narodí prostě zdravý dítě, všechno dobře dopadne... já si přitom i odpočinu.“</i> Kontinuální péče o ženu dává PAS2 velký smysl: <i>„Já se dobijím i tou péčí o individuální ženy... s těma individuálnima je to jiný... to je hroznej rozdíl, když přijdu s takovouhle ženskou k porodu, to se nedá srovnat.“</i> Někdy jsou období, kdy na odpočinek není čas. <i>„...jsou situace, kdy musíte jet, opravdu pracovat jako robot, to znamená jdete z práce a doma začne další věc... a pak se to samozřejmě všechno hromadí.“</i>

Zájem o informace a služby psychologa	Obě participantky by měly zájem o informace/kurz o sebezpečí i službu psychologa:	
	„Dneska už si říkám, že bych absolvovala klidně nějakou supervizi a prostě oslovila nějakého psychologa, což třeba dřív by mě vůbec nenapadlo... Protože u nás, když se řekne jít k psychologovi, tak je to vždycky takový, mi přijde, že málokdo si to dovolí. Je tam pocit nějakého asi selhání, že už teda musím jít k tomu psychologovi... Když vím, že tu péči potřebuju, tak si to dopřeju.“	PAS2 nejprve řekla, že jí osobně stačí sdílení situací s kolegyněmi, ale že by psychologa měla nemocnice zaměstnancům nabízet pro případ potřeby. Později zmínila, že v některých situacích by ho sama ráda využila: „V určitý chvíli by to člověk využil... V určitých situacích i dneska bych ho někdy potřebovala.“

Pro obě participantky je velmi důležité sdílení případů a jejich prožitků s kolegyněmi, které probíhá neformálně. Stejně tak americký výzkum popsal silnou potřebu zdravotnic provázejících rodiny perinatální ztrátou sdílet myšlenky a pocity, potřebu vše společně probrat (debriefing), které ovšem chybí oficiální organizační podpora. Podpora kolegyň tvoří jejich nejvýznamnější oporu, dále podpora přátel a rodiny (Willis 2019).

V italské studii také bylo pro většinu porodních asistentek významné sdílení případů perinatální ztráty s dalšími lidmi, především s ostatními porodními asistentkami (83.8 %), z části s porodníky (38.9 %) nebo vlastní rodinou (60.2 %). (Ravaldi 2021)

Zdravotníci, kteří nesdílí nebo dokonce neuznávají své pocity, častěji trpí nezdravou mírou stresu, pocity vyhoření a mívají tendenci opouštět zaměstnání. Přestože porodní asistentky vnímají a sdílí své pocity, nedostatečná organizační podpora sdílení a nedostatek uznání těchto pocitů u nich také často přispívá k vyhoření a opuštění profese (André a kol. 2020).

PAS2 mluvila o tom, že náročnost její práce zasahuje do jejího osobního života, i když ne z důvodů traumatu po provázení perinatální ztrátou. Účastníci norského výzkumu popisovali různé způsoby, jak setkávání se smrtí ovlivňuje jejich rodinný a osobní život, všichni vnímali dané situace jako víceméně traumatické (André a kol. 2020).

## Problémy při poskytování péče a návrhy na zlepšení

Výzkumná otázka č. 5: S jakými problémy se participantky v praxi potýkají, co je omezuje při poskytování perinatální paliativní péče? Co participantky navrhují pro zlepšení?

	PAS1	PAS2
Stavební uspořádání	Obě participantky vnímají jako problém, pokud prostory neumožňují dostatečné soukromí ženám/rodinám jak během porodu, tak později během šestinedělí, pokud jsou slyšet okolní ženy a děti. Navrhovaly	

	jako ideální oddělený prostor, který by umožňoval rodinám nerušené rozloučení. PAS2 zmínila jako možnost místnost, kde by se s pomocí chladící kolébky mohla s dítětem později rozloučit i širší rodina.	
Čas na péči o ženu/rodinu, kontinuita péče	PAS1 se snaží ženám věnovat kontinuálně, svou péči poskytuje nad rámec pracovní doby. U případů perinatální ztráty často provázela jako „příslužba“, a tak s dokumentací pomohly kolegyně.	Na pracovišti PAS2 se snaží, aby o ženu se ztrátou pečovala jedna porodní asistentka, ale pokud by bylo práce hodně, musela by střídavě pečovat i o další ženu.
Čas pro rozhodování o rozloučení a pohřbu	Z vyprávění obou participantek bylo zřejmé, že je vhodné, pokud mají dostatek času pro komunikaci se ženou/rodinou a postupné nabízení možností rozloučení s dítětem. PAS2 hovořila o tom, že jí vadí krátký čas, který rodina má na rozhodování o pohřbu dítěte. Dále je problém, že není známo, kde obec děti pohřbí, pokud to rodiče později zajímalo.	
Materiál – edukační, pro tvorbu upomínek a rozloučení	PAS1 materiální vybavení zajištěné nemocnicí chybělo, materiál zajišťovaly společně s kolegyní ze svých prostředků, vytvářely memory boxy, PAS1 nakoupila medvídky. Považuje za důležité mít materiály připravené.	PAS2 je ráda, že jsou dnes dostupné materiály přes internet, odkud je lze snadno vytisknout. U posledního případu ztráty s jeho pomocí s kolegyněmi pohotově vyráběly vzpomínkovou kartu.
Tvorba a uchování upomínek	Obě participantky podporovaly tvorbu upomínkových předmětů, podle přání rodin vytvářely fotografie, otisky nožiček, upomínkové karty.	
	PAS1 nabízela ženám, že si mohou případně fotografie vyzvednout později a vyprávěla případ ženy, která toho využila.	Pracoviště PAS2 neumožňuje uchování upomínkových předmětů pro případ, že by o ně měly ženy/rodiny zájem později.
Mezioborová spolupráce	Na pracovišti PAS1 byl k dispozici sociální pracovník a kontakt na kněze. Psycholog nebyl zajištěn v rámci nemocnice, ale po domluvě dávala PAS1 a kolegyně kontakt na psycholožku, kterou dříve provázely u porodu	Na pracovišti PAS2 dávají ženám kontakt na místní psycholožku a pohřební službu, kontakt na kněze k dispozici není. Sociální pracovnice pracoviště se na případech perinatální ztráty nepodílí, jen v případě pohřbu.
Spolupráce v rámci týmu	PAS1 se domnívá, že si o ní některé kolegyně myslely, že je blázen: „ <i>Třeba ten pohled těch kolegyň je takový nepříjemný.</i> “ Jinak se spolupráci na sále nebyl žádný problém, i ji kolegyně v její práci podpořily, např. pomocí s dokumentací. „ <i>S doktorama to bylo v pohodě, doktoři to vždycky nechali stejně na nás,</i> “ Jako problematickou popsala spolupráci na oddělení gynekologie: „ <i>...nevnímaly to, že je tam potřeba to soukromí...</i> “	„ <i>Jen ti lékaři, většinou ti starší, se koukají na to divně třeba. Ale většinou to nechají na nás, což si myslím, že je dobře.</i> “ Porodní asistentky mezi sebou dobře komunikují a náročné situace zpětně spolu proberou. Hodila by se ale supervize, která by umožnila komunikaci v rámci celého týmu a domluva na jednotném postupu v perinatální paliativní péči. „ <i>Ta komunikace by prostě měla být. Měla by začít hlavně od lékaře, mělo by to začít koordinovaně...</i> “



Vzdělávání, specializovaná PAS	PAS1 považuje za důležité vyškolení personálu: „ <i>Většinou ta následná péče o tu ženu, nebo ta péče před tím, nás štvála, že právě ty lidi nebyli vyškolený.</i> “ „ <i>Každá porodní asistentka, každý lékař si myslím, že by měl mít určitě nějaké minimum toho, jak by to mělo vypadat, a pak si myslím, že by ideálně mohly být třeba jedna dvě porodní asistentky, které se tomu tématu věnujou, a držet třeba službu nějaký jako pohotovosti.</i> “	PAS2 se domnívá, že především starší lékaři by potřebovali trénink komunikace. Informace považuje za dostupné, ovšem vnímá nedostatek tréninku: „ <i>Jsou tu materiály, co si člověk může přečíst. Ale spíš si já myslím, že by bylo lepší nějak si to natrénovat a společně si sednout.</i> “ Domnívá se, že se perinatální paliativní péče dá naučit praxí a že by ji měla umět každá PAS, ale pokud by byly dostupné specializované příslužby, mohly by být užitečné.
Organizační podpora psychohygieny, ohodnocení	PAS1 zmínila, že by určitě byla vhodná supervize pro personál a dále odpovídající finanční ohodnocení asistentek, které se věnují perinatální ztrátě. Uvedla zajímavé přirovnání s příplatky za zátěž při péči s Covid pacienty.	PAS2 mluvila o chybějící podpoře vedení. „ <i>Naše nemocnice o tu psychohygienu nijak nepečuje,</i> “ Hovořila o tom, že by nemocnice měla zajistit psychologa pro případ potřeby a zmínila i další benefity: „ <i>Mohli by nabízet psychologa... mohli by dát třeba nějakou poukázku, na nějaké cvičení, třeba do bazénu.</i> “

Z vyprávění participantek je zřejmé, že chybí organizační podpora perinatální paliativní péče (dalšímu vzdělávání se věnují samostatně, samostatně připravují vzpomínkové materiály, poskytují péči nad běžný rámec daného zařízení/zdravotního systému, chybí zájem a péče organizace o psychohygienu, podpora týmové spolupráce). Stejně tak participantky amerického výzkumu znepokojoval nedostatek organizační podpory a zájmu vedení. Přály by si, aby vedení vnímalo a ocenilo náročnost perinatální paliativní péče a emoční zátěž, kterou jim přináší (Willis 2019).

Ve vyprávění porodních asistentek se ukazoval význam týmové spolupráce. PAS2 popsala konflikty v rámci týmu jako hlavní zdroj zátěže v její práci obecně. Roli týmové spolupráce popsala psychologka Iva Štětovská: V pomáhajících profesích je velmi důležitý kontakt s kolegy a nadřízenými. V porodnictví i neonatologii je týmová souhra přímo nezbytná. Dobré vedení a atmosféra v pracovním kolektivu funguje jako prevence vyhoření, nejistá pozice, nefunkční rivalita, nerespekt a neprostupná hierarchie působí opačně (Štětovská in Takács a kol. 2015, s. 156-7).

PAS2 hovořila o potřebě probrat vše v rámci celého týmu, sjednotit postupy. Souhru týmu může podpořit debriefing náročných událostí ať již ve formě intervize nebo supervize

s externím supervizorem. Porodní asistentky v americkém výzkumu také popsaly potřebu debriefingu, který zároveň umožňuje možnost vyjádřit a zpracovat emoce a získat podporu kolegů (Willis 2019).

V norském kvalitativním výzkumu zdravotníci popisovali nedostatek podpory, a dokonce obviňování od vedení i kolegů. Nedostatek podpory a uznání významně přispívá k nízkému sebevědomí a brání dobrému zpracování negativních zážitků. Hledání viníka bylo pro zdravotníky velmi stresující, domnívají se, že by vedení mělo podporovat neobviňující atmosféru. Pokud se zjistila příčina úmrtí, byla situace lepší. Chtěli by, aby se vedení zajímalo o jejich prožitky a o to, jak zvládají náročné situace zpracovávat. Kritické události mohou u zdravotníků vytvářet velký stres, měli by proto mít odpovídající možnosti, jak se s nimi vypořádat (André a kol. 2020). PAS1 ani PAS2 nezažily neočekávané úmrtí dítěte během/po porodu, na základě kterého by mohly čelit tomuto obviňování. Shodně s norským výzkumem vnímaly jako problém nedostatek uznání kolegů, a PAS2, která pracuje v nemocnici na plný úvazek, mluvila o tom, že by se vedení mělo zajímat o jejich psychický stav, podporovat psychohygienu a týmovou spolupráci, nabízet zaměstnancům k dispozici psychologa. Norský výzkum došel k závěru, že zdravotníci mají omezenou schopnost konstruktivně zpracovávat tyto náročné situace a že důležité o jejich psychický stav pečovat (André a kol. 2020).

Obě participantky popsaly, že je vhodné, pokud je dostatek času pro rozhodování o další péči, rozloučení s dítětem a pohřbu. PAS2 mrzelo, pokud rodina pohřeb odmítla a domnívá se, že rozhodnutí by bylo jiné, pokud by rodina měla více času na rozhodování. Mohlo jít také o konflikt mezi osobním přesvědčením a politikou daného pracoviště nebo profesionálním přijetím rozhodnutí pacienta, který popsal jako zdroj stresu také americký výzkum (Willis 2019).

Obě porodní asistentky se snažily poskytovat ženám/rodinám kontinuální péči, což mohlo představovat i práci nad běžný rámec. PAS1 pracovala často jako příslužba a věnovala se pouze případu ztráty, PAS2 by se v případě velkého množství porodů mohla vyskytnout v situaci, kdy by byla nucena přebíhat mezi porodem zdravého dítěte a porodem dítěte mrtvého. Takovou situaci popsali zdravotníci účastníci se norského výzkumu jako zahrnující a extrémně náročnou, protože jde o střídání situací spojených s protichůdnými emocemi. Je velmi důležité, aby se pečující mohl plně soustředit pouze na případ perinatální ztráty (André a kol. 2020).

## **Limity výzkumu**

U všech kvalitativních výzkumů je generalizace zjištěných výsledků problematická. V tomto výzkumu participantky netvoří náhodný vzorek populace, jedná se o porodní asistentky s výraznější znalostí problematiky a významným množstvím zkušeností, v případě PAS1 dokonce se dvěma osobními zkušenostmi s perinatální ztrátou. Výsledky výzkumu tak nelze generalizovat, přináší sondu do poskytování péče ve dvou českých nemocnicích, pohled na stav a vývoj perinatální paliativní péče očima dvou porodních asistentek. Zároveň jsou zkušenosti participantek výhodou, neboť díky nim se ukázaly některé problémy, na které v praxi naráží porodní asistentky, když chtějí poskytovat kvalitní perinatální paliativní péči. Pro rozvoj v této oblasti je třeba provádět další kvantitativní výzkumy.

Dalším problémem typickým pro kvalitativní výzkum je subjektivita a osobnost výzkumníka, která mohla výzkum ovlivnit jak při vedení rozhovorů, tak při interpretaci výsledků, a to i přes snahu o nepředpojatý přístup a objektivitu.

Celá práce je také zaměřená na častější formu perinatální ztráty, tedy porod mrtvého novorozence. Jak v teoretické části, tak ve zkušenostech participantek chybí specifika paliativní péče o umírajícího novorozence, tvorba plánu péče o dítě s vážnou vývojovou vadou, hospicová paliativní péče atd. Participantky nezažily situaci, kdy by došlo k neočekávanému úmrtí dítěte během porodu nebo po něm, při kterém by mohly čelit obviňování a sebeobviňování z pochybení a dalším následkům. V práci také není vůbec zmíněna maternální mortalita. Tato témata zasluhují další výzkum.

## **Doporučení pro praxi**

V rámci zdravotnického systému a profesních organizací:

- vytvoření metodiky – doporučených postupů v perinatální paliativní péči pro všechny zdravotníky setkávající se s perinatální ztrátou, jejich distribuce a pravidelná aktualizace
- vytvoření metodiky pro pregraduální i postgraduální vzdělávání zdravotníků v oblasti perinatální paliativní péče (včetně oblasti sebepéče) a její pravidelná aktualizace
- podpora mezioborové spolupráce, multidisciplinárních týmů
- vedení statistiky úkonů v perinatální paliativní péči včetně rituálů rozloučení
- mapování spokojenosti žen/rodin s perinatální paliativní péčí
- mapování spokojenosti zdravotníků s doporučenými postupy, podmínkami práce, výukou v oblasti perinatální paliativní péče apod.

- šíření informací o perinatální ztrátě a možnostech rozloučení ve společnosti

V rámci zdravotnického zařízení:

- vytvoření vhodných, dostatečně oddělených a odhlučněných prostor, které v případě perinatální ztráty zajistí soukromí pro porod, rituály rozloučení a následnou hospitalizaci ženy
- zajištění materiálu a předmětů pro podporu rituálů rozloučení, tvorbu upomínkových předmětů a edukační materiál pro rodiny po perinatální ztrátě, umožnění uchování upomínkových předmětů po určitou dobu (např. rok) po perinatální ztrátě
- podpora vzdělávání personálu v oblasti perinatální paliativní péče, zaměření na praktický nácvik a trénink komunikace v realistických situacích
- podpora maximální možné kontinuity péče porodní asistentky o ženy/rodiny procházející perinatální ztrátou, zajištění možnosti získání zpětné vazby od žen/rodin s časovým odstupem
- podporovat možnost příslužby porodní asistentky specializované na perinatální paliativní péči, která bude hlouběji vyškolená a za svou práci dostatečně ohodnocená (event. budování celých perinatálních paliativních týmů ve větších nemocnicích)
- zajištění spolupráce s dalšími profesionály – psycholog, kněz, sociální pracovník
- podpora týmové spolupráce, propagace a postupné zavedení podpůrné supervize
- mapování potřeb zdravotníků, míry zátěže a syndromu vyhoření
- uznání významu perinatální paliativní péče a emoční zátěže personálu, podpora psychohygieny, nabídka psychologa pro personál a dalších benefitů
- distribuce kontaktů na krizové linky pro zdravotníky

Doporučení pro porodní asistentky:

- zajímejte se o vzdělávání (nejen v perinatální paliativní péči), profesní rozvoj i mezioborovou spolupráci
- věnujte dostatečnou pozornost svým potřebám a prožitkům, sebepéči a psychohygieně
- sdílejte své prožitky v rámci podporujícího kolektivu, budujte síť podpůrných vztahů
- mluvte o svých potřebách, říkejte si o podporu a pomoc
- uložte si kontakt na krizové a podpůrné linky a nebojte se je využít v případě potřeby
- neváhejte vyhledat odbornou pomoc – psychoterapeuta, supervizora, kouče atp.

## ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zabývá potřebami zdravotníků v souvislosti s provázením žen a rodin perinatální ztrátou. V teoretické části je téma popsáno v rámci čtyř kapitol. První kapitola se věnuje perinatální mortalitě a perinatální ztrátě včetně procesu truchlení a komplikovaného zármutku. Druhá kapitola pojednává o perinatální paliativní péči a jejím vývoji, shrnuje základní doporučení a roli porodní asistentky při poskytování této péče. Třetí kapitola popisuje zdroje zátěže zdravotníků, pracovní stres, specifickou zátěž v perinatální péči, syndrom vyhoření a zátěž zdravotníků ve spojení s perinatální ztrátou. Čtvrtá kapitola je zaměřena na potřeby zdravotníků. Věnuje se vzdělávání v oblasti perinatální paliativní péče, doporučeným postupům, psychohygieně a sebepéči, supervizi, přínosům supervize ve zdravotnictví a problémům při jejím zavádění. Ukazuje také, jakou roli při naplňování těchto potřeb hrají svépomocné a profesní organizace u nás.

Hlavním cílem této práce bylo zjistit, jaké jsou potřeby a prožitky porodních asistentek provázejících rodiny perinatální ztrátou. Cíle práce byly naplněny pomocí rozhovorů se dvěma porodními asistentkami, které mají výrazné zkušenosti s perinatální paliativní péčí. Zjištěné prožitky, přístupy a potřeby participantek není možné generalizovat, přesto jsou přínosným pohledem porodních asistentek, které se snaží poskytovat perinatální paliativní péči kvalitněji, než je v jejich okolí běžné. Participantky popsaly, na jaké problémy ve své práci naráží a navrhovaly některá zlepšení. Hlavní zjištění plynoucí z této práce ukazují, že perinatální paliativní péče u nás je nedostatečně organizovaná – chybí jednotné doporučené postupy pro její poskytování, jsou rezervy ve vzdělávání, materiálním zajištění ze strany nemocnic i mezioborové spolupráci při zajišťování této péče. Velmi chybí také podpora psychohygieny zdravotníků, informace o psychohygieně, zájem o psychický stav zdravotníků, míru jejich vyhoření a traumatizace, prevence těchto jevů a podpora týmové spolupráce.

Na základě získaných výsledků, prožitků participantek a jejich návrhů byla vypracována doporučení pro praxi, pro zdravotnický systém, profesní organizace, zdravotnická zařízení a porodní asistentky.

Přínosné by byly další kvantitativní výzkumy, které by se věnovaly míře syndromu vyhoření zdravotníků a projevům PTSD v souvislosti s perinatální ztrátou, které by mapovaly a kvantifikovaly znalosti zdravotníků v oblasti perinatální paliativní péče, sebepéči a psychohygienu, problémy při poskytování péče a mezioborovou a týmovou spolupráci.

## SEZNAM LITERATURY

1. ANDRÉ Beate, DAHLØ Raija, EILERTSEN Tina, SHOREY Shefaly, RINGDAL Gerd I. a kol.: *Experiences with perinatal death among midwives, obstetricians, and assistant nurses: Results from a qualitative study in Norway*. International Journal of Health Professions, [online]. 2020, 7(1), 24-32 [cit. 25. 3. 2021]. Dostupné z: [doi.org/10.2478/ijhp-2020-0003](https://doi.org/10.2478/ijhp-2020-0003)
2. BRODERICK Sheila a Ruth COCHRANE. *Perinatal Loss: A Handbook for Working with Women and Their Families*. London: Radcliffe Pub., 2013, 168 s. ISBN 9781846199806.
3. EUNHUI Kim a Kim HAE WON. *Nurses' Awareness and Stress on Perinatal Bereavement Care*. Research Square, [online]. 2020, preprint version 1 [cit. 25. 3. 2021]. Dostupné z: [doi.org/10.21203/rs.3.rs-60994/v1](https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-60994/v1)
4. FENWICK, Jennifer a kol. *Providing perinatal loss care: Satisfying and dissatisfying aspects for midwives*, Women and Birth [online]. 2007, 20(4), 153-160 [cit. 5. 2. 2021]. ISSN 1871-5192. Dostupné z: [doi:10.1016/j.wombi.2007.09.002](https://doi.org/10.1016/j.wombi.2007.09.002)
5. FIŠEROVÁ Lenka. *Zátěžové faktory zdravotníků na urgentním příjmu*. 98 s. Brno 2019. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta.
6. FRIGANOVIĆ, A., Selič, P., Ilić, B., a B. Sedić. Stress and burnout syndrome and their associations with coping and job satisfaction in critical care nurses: a literature review. Psychiatr Danub [online]. 2019 Mar;31(Suppl 1):21-31 [cit. 25. 1. 2021]. PMID: 30946714. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30946714/>
7. GÜLER, Yılmaz, Serkan ŞENGÜL, Hasan ÇALIŞ a Zülfikar KARABULUT. *Burnout syndrome should not be underestimated*. Revista da Associação Médica Brasileira [online]. 2019, 65(11), 1356-1360 [cit. 25. 1. 2021]. ISSN 1806-9282. Dostupné z: [doi:10.1590/1806-9282.65.11.1356](https://doi.org/10.1590/1806-9282.65.11.1356)
8. HÁJEK, Zdeněk, ČECH, Evžen, MARŠÁL, Karel a kol. *Porodnictví. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd.* Praha: Grada Publishing, a. s., 2014, 538 s. ISBN 978-80-247-4529-9.
9. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005, 407 s. ISBN 80-7367-040-2.

10. KENWORTHY, Doreen a Mavis KIRKHAM. *Midwives coping with loss and grief: stillbirth, professional, and personal losses*. London: Radcliffe Pub., 2011, 173 s. ISBN 9781846193880.
11. KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *On Death and Dying*. JAMA: The Journal of the American Medical Association [online]. 1972, 221(2) [cit. 24. 1. 2021]. ISSN 0098-7484. Dostupné z: doi:10.1001/jama.1972.03200150040010
12. PEŠEK, Roman a Ján PRAŠKO. *Syndrom vyhoření: jak se prací a pomáháním druhým nezničit: pohledem kognitivně behaviorální terapie*. Praha: Pasparta Publishing, s.r.o., 2016, 180 s. ISBN 978-80-88163-00-8.
13. PROCTOR, Brigid. *Supervision—competence, confidence, accountability*. British Journal of Guidance & Counselling [online]. 1994, 22(3), 309–318 [cit. 21. 3. 2021]. Dostupné z: doi:10.1080/03069889408253676
14. PROCHÁZKA, M., A. MĚCHUROVÁ, P. ČEPICKÝ a P. CALDA. *Vedení porodu mrtvého plodu – doporučený postup* [online]. ČESKÁ GYNEKOLOGIE, 2014 [cit. 23. 1. 2021]. Dostupné z: <https://www.lekaridnes.cz/wp-content/uploads/2016/08/p-2014-vedeni-porod-mrtveho-plodu-1.pdf>
15. RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Perinatální paliativní péče: péče o ženu a její rodinu, rituály rozloučení, proces truchlení a vyrovnávání se se ztrátou*. Praha: Grada, 2016, 200 s. ISBN 978-80-271-0121-4.
16. RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Psycho-socio-spirituální péče porodní asistentky o ženu po perinatální ztrátě*. České Budějovice, 2015, 250 s. Disertační práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.
17. RATISLAVOVÁ, Kateřina, BUŽGOVÁ, Radka a Jana VEJVODOVÁ. *Perinatal palliative care education: An integrative review*. Nurse Education Today [online]. 2019, 82, 58-66 [cit. 25. 1. 2021]. ISSN 02606917. Dostupné z: doi:10.1016/j.nedt.2019.08.003
18. RAVALDI, Claudia a kol. *The BLOSSoM study: Burnout after perinatal LOSS in Midwifery: Results of a nation-wide investigation in Italy*. Women and Birth [online]. 2021, 34(1) [cit. 5. 2. 2021]. ISSN 1871-5192. Dostupné z: doi:10.1016/j.wombi.2021.01.003

19. ŠKOLOUDOVÁ, Markéta. *Krizová intervence při prenatální ztrátě*. Zlín, 2018, 256 s. Rigorózní práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně.
20. ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Poradenství pro pozůstalé: principy, proces, metody, 2., aktualiz. a dopl. vyd.* Praha: Grada, 2012, 224 s. ISBN 978-80-247-3736-2.
21. TAKÁCS, Lea, SOBOTKOVÁ, Daniela a Lenka ŠULOVÁ. *Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace*. Praha: Grada, 2015, 208 s. ISBN 978-80-247-5127-6.
22. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *Narození a zemřelí do 1 roku 2018*. Praha: ÚZIS ČR, 2019, 74 s. ISSN 1211-071X.
23. WILLIS, Patricia. *Nurses' Perspective on Caring for Women Experiencing Perinatal Loss*. MCN The American Journal of Maternal/Child Nursing. [online]. 2019, 44(1) [cit. 13. 2. 2021]. Lippincott Williams and Wilkins. ISSN 0361-929X. Dostupné z: doi:10.1097/NMC.0000000000000490



## **SEZNAM PŘÍLOH**

- Příloha č. 1 – Informovaný souhlas
- Příloha č. 2 – Návod k rozhovoru
- Příloha č. 3 – Letáček pro zdravotníky
- Příloha č. 4 – Desatero sebepéče porodní asistentky

# PŘÍLOHY

## Příloha č. 1 – Informovaný souhlas

### INFORMOVANÝ SOUHLAS

#### BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Potřeby zdravotníků pečujících o rodiče při perinatální ztrátě

#### STUDENT

Anna Škvorová

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e-mail: anna.skvorov@gmail.com

#### VEDOUcí BP

Mgr. Kateřina Ratislavová, Ph.D.

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e-mail: ratislav@kos.zcu.cz

#### CÍL STUDIE

Cílem studie je zjistit, jaké jsou potřeby zdravotníků provázejících rodiče perinatální ztrátou.

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude zaznamenán na diktafon. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym.

Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sám/sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

#### SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já .....

souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, nebudu ve studii identifikována.

Podpis účastníka výzkumu:.....Datum:

Podpis studenta:.....Datum:

## Příloha č. 2 – Návod k rozhovoru

Představení tématu, domluva o tom, jak bude rozhovor probíhat, získání souhlasu	
Demografické údaje a základní otázky	Věk, vzdělání, délka a druh praxe v oboru porodní asistence Rodinný stav (kdo je doma oporou), počet dětí
Znalosti a dovednosti/ zkušenosti v perinatální paliativní péči	Co Vás přivedlo ke studiu porodní asistence? Jak bylo během studia probráno téma perinatální paliativní péče? Jaké jsou Vaše zkušenosti s tímto tématem ze školní praxe? Jak jste získávala informace a dovednosti během vaší praxe, získávala jste informace k tomuto tématu z dalších zdrojů (kurzy, knihy)? Kolikrát jste ve své profesní praxi provázela ženu a její rodinu perinatální ztrátou? Jak byste zhodnotila své znalosti v této oblasti? Máte zájem o další vzdělávání?
Pocity při provázení perinatální ztrátou	Popište poslední případ, kdy jste provázela ženu perinatální ztrátou. <ul style="list-style-type: none"><li>– Jaké byly Vaše pocity v průběhu celého procesu, od seznámení s pacientkou po rozloučení?</li><li>– Jak se Vám dařila komunikace se ženou/rodinou?</li><li>– Máte od rodičů nějaké zprávy, zpětnou vazbu?</li><li>– Jak dlouho ve vás zkušenost přetrvávala? Jaké pocity máte s odstupem času?</li></ul> Jak se měnil Váš přístup k péči při perinatální ztrátě v průběhu času a s nabitými zkušenostmi? (Byly vaše pocity jiné při posledním provázení oproti prvním případům?) Jak vnímáte význam perinatální paliativní péče? Přístup ke smrti, spirituální pohled.
Psychohygienu	Co Vám pomáhá vyrovnat se s náročnými situacemi? Co Vám pomáhá v akutní krizové situaci? Jak o sebe pečujete, co děláte pro svou pravidelnou psychohygienu? Sebepéče – fyzicky, psychicky, vztahy, spiritualita Jaký máte zájem o služby psychologa, supervizi apod.?

	<p>Jak hodnotíte své znalosti o možnostech v oblasti psychohygieny?</p>
<p>Podmínky na pracovišti</p>	<p>Jaká je atmosféra na pracovišti, jak probíhá spolupráce a komunikace s kolegyněmi a dalšími profesionály během poskytování perinatální paliativní péče?</p> <p>Jak se o proběhlé situaci na pracovišti komunikuje zpětně?</p> <p>Kdo se na péči podílí, jsou na pracovišti k dispozici služby psychologa, kněze?</p>
<p>Organizace péče</p>	<p>Kam Vaše instituce posílá tělíčko, když rodiče odmítnou pohřeb, kde skončí?</p> <p>Jsou připravené nějaké pomůcky a materiály pro rodiče pro tyto případy (edukační, vzpomínkové)?</p> <p>Co Vás omezuje při poskytování kvalitní perinatální paliativní péče? (čas, vhodné prostory, pomůcky, edukační materiály)</p> <p>Jaké Vaše potřeby nejsou naplňovány, co navrhuje pro zlepšení?</p>
<p>Vliv osobních zkušeností</p>	<p>Dostáváme se do osobnější roviny:</p> <p>Zažila jste ve svém osobním životě perinatální ztrátu? Zažila jste ve svém osobním životě ztrátu někoho blízkého?</p> <p>Chcete mluvit o tom, jak jste tuto zkušenost překonala?</p> <p>Jak tyto zkušenosti ovlivnily Váš přístup v profesním životě?</p>
<p>Uzavření rozhovoru</p>	<p>Prostor pro doplňující vyjádření, otázky. Předání kontaktu a opětovné shrnutí k čemu bude rozhovor sloužit.</p>

## Příloha č. 3 – Letáček pro zdravotníky

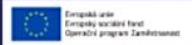
Letáček informující o informačním portálu a telefonní lince pro zdravotníky

Zdroj: <https://www.unipa.cz/produkt/letacek-k-perinatalni-ztrate/>

**PRACUJETE S RODINAMI  
PŘI PERINATÁLNÍ ZTRÁTĚ?**

Informační linka  
pro zdravotníky a další pečující **228 224 063**

Webová stránka **perinatalniztrata.cz**

 **UNIPA**  
UNIVERSITA PŘÍRODOVĚDNÍHO UČENÍ

**Nabízíme informace a podporu všem, kteří pečují o rodiny při ztrátě miminka v období kolem porodu.**

Na webu [perinatalniztrata.cz](http://perinatalniztrata.cz) najdete:

- aktuální informace k tématu perinatální ztráta
- síť kontaktů na poskytovatele péče a podpory
- odkazy na odborné zdroje
- nástroje profesní opory
- podněty a příklady dobré praxe

**Potřebujete se zorientovat nebo poradit?**

**Informační linka pro pečující k perinatální ztrátě** **228 224 063**  
je Vám k dispozici každý všední den

<b>pondělí a středa</b>	<b>9–12 hod</b>
<b>úterý, čtvrtek a pátek</b>	<b>15–18 hod</b>

Projekt **Začít znovu** se zabývá zlepšováním služeb podpory pro oblast perinatální ztráty. Vycházíme z předpokladu, že kvalitní péče o rodiny zasažené ztrátou miminka může probíhat, když pečující osoba má všechny relevantní informace, je připravena a zároveň zná a využívá dostupné nástroje profesní opory.

## Příloha č. 4 – Desatero sebepěče porodní asistentky

Tipy pro sebepěči zpracovala Kateřina Hájková Klíčová

Zdroj: <https://www.perinatalniztrata.cz/sebepece/tipy-pro-sebepeci/>

**Desatero sebepěče porodní asistentky**

**UNIPA**  
UNIE PORODNÍCH ASISTENTEK

- USPOKOJENÍ POTŘEB**  
Vnímejte své potřeby jako je jídlo, pití a pohyb a včas je naplňujte.
- PLÁNOVÁNÍ ČASU**  
Efektivně plánujte svoji práci, čas s rodinou a také péči pro sebe.
- KVALITNÍ ODPOČINEK**  
Nabírejte síly způsobem, který vám funguje. Relaxace, hudba, procházky, spánek...
- BÝT OFFLINE**  
Dovoďte si vypnout všechna zařízení a upozornění. Naučte se být offline.
- ROZVOJ V TÝMU**  
Buďte druhým oporou, nebojte se je chválit a zároveň přijímejte jejich podporu.
- PROFESNÍ OPORY**  
Najděte si supervizora, terapeuta nebo kouče a zapojte je do svého pracovního života.
- VNÍMÁNÍ EMOCÍ**  
Mluvte o svých pocitech, potřebách. Objevujte sami sebe a techniky sebepodpory.
- ROZVOJ V OBORU**  
Buďte zvědaví a otevření, neupadejte do stereotypu práce. Spojte se s kolegy z jiných profesí.
- VYUŽIJTE POMOC**  
Říkejte si o podporu, pomoc, nebo pauzu. Nebojte se obrátit na krizové linky.
- UDRŽOVÁNÍ HRANIC**  
Nastavte si své hranice a říkejte NE neoprávněným požadavkům.