

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2024

Nina Panfil

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Porodní asistence

Nina Panfil

PERINATÁLNÍ ZTRÁTA

Bakalářská práce

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

PLZEŇ 2024

Prohlášení

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

V Plzni dne 31. 3. 2024

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Nina Panfil

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Perinatální ztráta

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

Počet stran – číslované: 81

Počet stran – nečíslované: 21

Počet příloh: 2

Počet titulů použité literatury: 42

Klíčová slova: perinatální ztráta, prenatalní diagnostika, intrauterinní úmrtí plodu, mrtvorozenost, truchlení, ztráta dítěte, onemocnění Covid – 19 a těhotenství

Souhrn:

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou perinatální ztráty, s cílem prozkoumat osobní zkušenosti žen, které si prošly touto bolestivou životní situací. Tato práce je rozdělena do dvou hlavních částí – teoretické a praktické. V rámci teoretického rámce jsou zkoumány, rozebírány a vysvětleny klíčové koncepty související s tématem. To zahrnuje pět specifických oblastí: definice a vysvětlení základních termínů, rozebrání prenatalní diagnostiky, intrauterinní smrt plodu, porodu mrtvého plodu a truchlení. Pro podložení této části byla použita široká škála odborné literatury a studií. Praktická část, která přímo vychází z předešlého teoretického základu, je zaměřena na realizaci a analýzu kvalitativního výzkumu. V rámci tohoto výzkumu byly jako účastnice zvoleny dvě ženy, které zažily perinatální ztrátu ve třetím trimestru těhotenství. Praktická část se soustředí na popis a analýzu jejich zkušeností, a to s cílem nabídnout hlubší porozumění a empatii vůči tématu, které je často tabuizováno nebo opomíjeno.

Abstract

Surname and name: Nina Panfil

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Perinatal loss

Consultant: Mgr. Kateřina Ratislavová, Ph.D.

Number of pages – numbered: 81

Number of pages – unnumbered: 21

Number of appendices: 2

Number of literature items used: 42

Keywords: perinatal loss, prenatal diagnosis, intrauterine fetal death, stillbirth, grief, loss of a child, COVID-19 infection and pregnancy

Summary:

This bachelor's thesis addresses the issue of perinatal loss, aiming to explore the personal experiences of women who have gone through this painful life event. The work is divided into two main sections – theoretical and practical. Within the theoretical framework, key concepts related to the topic are examined, dissected, and explained. This includes five specific areas: definitions and explanations of basic terms, the dissection of prenatal diagnostics, intrauterine fetal death, the birth of a stillborn, and grief. A wide range of scholarly literature and studies have been utilized to substantiate this part. The practical section, which directly stems from the previous theoretical foundation, focuses on the implementation and analysis of qualitative research. Within this research, two women who experienced perinatal loss in the third trimester of pregnancy were selected as participants. The practical part concentrates on describing and analyzing their experiences, with the goal of offering a deeper understanding and empathy towards a subject that is often tabooed or overlooked.

Poděkování

Děkuji vedoucí práce Mgr. Kateřina Ratislavová, Ph.D. za odborné vedení práce, trpělivý přístup a poskytování rad. Dále děkuji participantkám za ochotu sdělit své zkušenosti s perinatální ztrátou, a to i přesto, že se jedná o citlivé a bolestné téma.

OBSAH

SEZNAM TABULEK.....	10
SEZNAM ZKRATEK.....	11
ÚVOD	12
TEORETICKÁ ČÁST	13
1 ZÁKLADNÍ POJMY	13
1.1 Perinatální období.....	13
1.2 Perinatální mortalita	13
1.3 Perinatální ztráta.....	14
2 PRENATÁLNÍ DIAGNOSTIKA	15
2.1 Cíle prenatální diagnostiky	15
2.2 Etické problémy perinatální diagnostiky	15
2.3 Vrozená vývojová vada neslučitelná s životem	15
2.3.1 Ukončení těhotenství	16
2.3.2 Pokračování těhotenství.....	16
3 INTRAUTERINNÍ SMRT PLODU.....	17
3.1 Příčiny intrauterinního úmrtí plodu	17
3.2 Diagnóza intrauterinního úmrtí plodu	18
3.3 Onemocnění Covid-19 a těhotenství	18
4 POROD MRTVÉHO PLODU	21
4.1 Vedení porodu s mrtvým plodem.....	21
4.2 Komunikace s rodičkou	22
4.3 Rozloučení s dítětem	22
4.4 Pitva mrtvorozených dětí a dětí zemřelých krátce po porodu.....	23
4.5 Pohřeb a právo na pohřebné.....	25
4.6 Těhotenství po perinatální ztrátě.....	27
4.7 Partnerský vztah a těhotenství po perinatální ztrátě	30
5 TRUCHLENÍ.....	33
5.1 Akutní zármutek.....	35
5.2 Zármutek z dlouhodobého pohledu	36
5.3 Komplikované truchlení	38
5.4 Rozdílné truchlení matky a otce a vliv na jejich partnerský vztah.....	39
5.5 Truchlení sourozenců.....	41
5.6 Krizová intervence u pozůstalých	43
5.7 Kde hledat pomoc.....	46
PRAKTICKÁ ČÁST.....	48

6	FORMULACE PROBLÉMU	48
7	CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	50
7.1	Hlavní cíl.....	50
7.2	Dílčí cíle a výzkumné otázky.....	50
8	METODIKA PRÁCE.....	52
9	CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU	53
10	ORGANIZACE VÝZKUMU	55
11	ZPRACOVÁNÍ DAT	57
9	PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	58
9.1	Období těhotenství.....	58
9.1.1	Plánované/neplánované těhotenství.....	58
9.1.2	Průběh těhotenství, Pocity, Příprava na porod	58
9.2	Období porodu.....	59
9.2.1	Začátek porodu	59
9.2.2	Způsob porodu – vaginální/císařským řezem.....	60
9.2.3	Průběh porodu, Pocity.....	61
9.3	Zdravotnické zařízení a personál.....	62
9.3.1	Personál, komunikace s rodičkou	63
9.3.2	Odborná psychická podpora.....	66
9.4	Rozloučení s dítětem	66
9.4.1	Průběh rozloučení, upomínkové předměty	66
9.4.2	Zkušenost: Pohřeb	67
9.5	Vyrovňávání se s perinatální ztrátou	67
9.5.1	Prožívání ženy	67
9.5.2	Rozdíly v truchlení s partnerem	68
9.5.3	Prožívání rodiny, sourozenců.....	69
9.5.4	Vzpomínky, rituály, tradice.....	70
9.5.5	Laická/odborná/žádná psychická podpora	71
9.6	Vliv perinatální ztráty na život ženy.....	72
9.6.1	Vztah s partnerem.....	72
9.6.2	Těhotenství po perinatální ztrátě	73
9.6.3	Vliv na společenský a pracovní život	74
9.6.4	Vliv perinatální ztráty na pojetí života	75
9.6.5	Smysl této události.....	76
	DISKUZE.....	77
	ZÁVĚR	92
	SEZNAM LITERATURY	93

SEZNAM PŘÍLOH.....	99
10 PŘÍLOHY	100
Příloha č. 1: Okruhy k rozhovoru	100
Příloha č. 2: Informovaný souhlas – prázdný.....	102

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Dílčí cíl č. 1	77
Tabulka 2: Dílčí cíl č. 2	79
Tabulka 3: Dílčí cíl č. 3	81
Tabulka 4: Dílčí cíl č. 4	84
Tabulka 5: Dílčí cíl č. 5	86
Tabulka 6: Dílčí cíl č. 6	87
Tabulka 1: Okruhy k rozhovoru	100

SEZNAM ZKRATEK

WHO..... World Health Organization

HELLP syndrom..... Hemolysis elevated liver enzymes, low platelet count syndrom

CNS Centrální nervový systém

Covid - 19 Coronavirus disease 2019

BMI Body mass index

z.s..... Zapsaný spolek

kol. Kolektiv

et al. A jiní

PAS..... Porodní asistentka

ÚVOD

V této bakalářské práci se zaměřuji na zkušenosti a prožívání žen s perinatální ztrátou, jež představuje jednu z nejvíce zatěžujících životních událostí pro ženy. Tento fenomén, charakterizovaný ztrátou dítěte během těhotenství nebo krátce po porodu, se nese s hlubokými emocionálními, psychologickými a sociálními důsledky. Výzkum v této oblasti je nezbytný pro formulaci efektivních intervenčních a podpůrných strategií pro zasažené rodiny. Cílem této práce je proto mapovat a analyzovat osobní zkušenosti a prožívání žen s perinatální ztrátou.

Pro účely této práce bylo využito široké spektrum zdrojů, jejichž rozmanitost zajišťuje komplexní přehled a hluboké porozumění zkoumané problematice. V první řadě byla pozornost zaměřena na odbornou literaturu dostupnou ve fakultní knihovně, která poskytla teoretický základ a výchozí bod pro další průzkum. Tento způsob sběru informací byl doplněn průzkumem digitálních databází a internetových zdrojů, kde bylo možné nalézt nejnovější studie, články a odborné publikace. Důležitou roli hrála také nákup knih v elektronické formě, jakož i tištěné verze, které byly pečlivě vybrány z důvěryhodných a autoritativních zdrojů. Díky kombinaci těchto metod bylo možné sestavit rozsáhlou a ucelenou databázi informací, jež slouží jako pevný základ pro teoretickou i praktickou část této bakalářské práce.

Teoretická část této bakalářské práce se věnuje komplexnímu přehledu definic a konceptů spojených s perinatální ztrátou, včetně prenatalní diagnostiky, psychologických aspektů truchlení páru i rodiny a sociálních dopadů ztráty.

V praktické části práce je aplikována kvalitativní metodologie, konkrétně formou polostrukturovaných rozhovorů s ženami, které zažily perinatální ztrátu. Tento přístup byl zvolen s ohledem na citlivost tématu a potřebu pochopit hluboké osobní zkušenosti a emoce účastnic. Analýza dat z rozhovorů umožňuje nejen identifikaci společných témat a emocionálních reakcí, ale také poskytuje důležité vhledy do potřeb a očekávání dotčených žen v kontextu zdravotní péče a sociální podpory.

Výsledky této práce mají potenciál přispět k rozšíření teoretických i praktických znalostí v oblasti perinatální ztráty. Doufám, že zjištění a doporučení vyplývající z tohoto výzkumu budou sloužit jako základ pro další výzkum a zároveň poskytnou užitečné informace pro zdravotníky, poradce a všechny, kteří poskytují podporu těmto ženám.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ZÁKLADNÍ POJMY

1.1 Perinatální období

Perinatální období zahrnuje dobu od viability plodu, přes průběh porodu a až po sedmý den po narození dítěte. Termín "viabilita plodu" označuje období, kdy je plod schopen se narodit živě a následně přežít za přítomnosti lékařské a ošetrovatelské péče. Dolní hranice viability plodu se historicky vyvíjí a je stanovena dohodou odborné komunity. V České republice se tato hranice obvykle považuje za 24. týden těhotenství. V případě, že novorozenec má hmotnost přesahující 500 g a nejsou zaznamenány žádné známky života (dech, srdeční akce, volní pohyby a pulzace pupečníku), pak se jedná o mrtvorozené dítě. Úmrtí živě narozeného novorozence do sedmi dnů po porodu je klasifikováno jako časná novorozenecká úmrtí (Ratislavová, 2016, s. 9).

Viabilita plodu závisí na biologické zralosti, zdravotním stavu plodu a také na rozvoji medicínských technologií, kulturních a socioekonomických faktorech. Období mezi 22. a 25. týdnem těhotenství bývá nazýváno "šedá zóna". V tomto období jsou výsledky nejisté a ovlivňují je nejen biologické faktory, ale také postoje lékařů, rodičů, místo poskytování péče a celkový přístup k ní. Cílem péče je maximalizovat zájem dítěte (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014, s. 452).

1.2 Perinatální mortalita

Perinatální mortalita udává počet perinatálně zemřelých na počet narozených a uvádíme ji v promile. Tento údaj se skládá ze 2 složek: mrtvorozenost a časná novorozenecká úmrtnost. Mrtvorozenost lze chápat jako počet mrtvě narozených na 1000 celkem narozených novorozenců. Časná novorozenecká úmrtnost je definována úmrtím živě narozeného novorozence během 7 dnů od narození (Procházka a kolektiv 2020, s. 616).

Dle údajů Českého statistického úřadu (ÚZIS ČR, 2021) bylo za rok 2019 celkem 402 mrtvě narozených dětí a 109 novorozenců, kteří zemřeli v časném novorozeneckém období. Příčiny perinatálního úmrtí jsou různé. Český statistický úřad udává, že za rok 2021 nejčastějšími perinatálními příčinami úmrtí v ČR byly respirační potíže (25 %), hypoxie plodu (13 %), infekce (10 %) a vrozené vývojové vady (12 %). Až z 39 % byla příčina úmrtí jiná, často neznámá a zhruba 1% úmrtí bylo způsobeno ukončením intenzivní péče. Tyto

statistické údaje jsou obecné a v každé porodnici se mohou lišit (ÚZIS ČR, 2021). Například ve Fakultní nemocnici Olomouc za období 2012-2016 ze souboru 89 případů byla hlavní příčinou asfyxie plodu, a to v míře 43 %. Za 25 % asfyxií byla zodpovědná insuficience placenty. Strangulace pupečníku zapříčinila 8 % asfyxií a dalších 10 % asfyxií způsobila aspirace plodové vody a abrupce placenty. Další příčinou perinatálního úmrtí ve Fakultní nemocnici Olomouc za výše zmíněné období jsou syndrom dechové tísně (17 %) a cirkulační selhání (9 %) (Mateášiková, Hanicová 2017, s. neuvedeno)

1.3 Perinatální ztráta

Perinatální ztráta je termín, který se používá pro popis úmrtí dítěte v perinatálním období, tedy od doby, kdy plod dosáhne životaschopnosti, až po prvních sedm dní po narození. Tato ztráta je pro ženu velmi bolestivou a traumatizující zkušeností, která vyvolává pocity smutku, žalu, bezmoci a neustálé vzpomínky na zemřelé dítě (Ratislavová, 2016, s. 13). Ztráta dítěte může také mít vliv na celou rodinu a její fungování, a to jak v emocionální, tak v sociální rovině. Perinatální ztráta se může odehrát v různých situacích. Někdy je možné ji předvídat, pokud během těhotenství lékaři zjistí nějaké onemocnění nebo vadu plodu, která je neslučitelná s životem. V takovém případě může být perinatální ztráta očekávaná. Někdy však může dojít k neočekávanému úmrtí plodu nebo novorozence, například v důsledku komplikací při porodu nebo jiných příčin. K perinatální ztrátě lze v nejširším slova smyslu řadit i potraty, které jsou pro ženu také traumatizující, i když lékařsky se plod ještě nepovažuje za dítě (Chvílová Weberová, Matějka, Steinlauf a kolektiv 2023, s. 166).

2 PRENATÁLNÍ DIAGNOSTIKA

Význam pojmu „prenatální diagnostika“ se postupem času změnil. Na přelomu tisíciletí jsme si mohli pod tímto výrazem představit aminocentézu a cytogenetické vyšetření. Dnes však podle WHO můžeme prenatální diagnostiku charakterizovat jako všechny prenatální aktivity, díky kterým lze diagnostikovat vrozené vady. Za ty můžeme považovat veškeré abnormální strukturální, morfologické, molekulární a funkční změny přítomné v průběhu porodu (avšak některé se mohou projevit později). Dále dělíme tyto vady na vnější, vnitřní, sporadicky se vyskytující, familiární, mnohočetné, jednotlivé či zděděné (Chvílová Weberová, Matějek, Steinlauf a kolektiv 2023, s. 167). Abychom vrozené vady mohli diagnostikovat kombinujeme vyšetření laboratorní, klinická a ultrazvuková (Procházka a kolektiv 2020, s. 199).

2.1 Cíle prenatální diagnostiky

Hlavním cílem je co nejdříve odhalit, zda je plod postižen a dostatečně informovat páry o možnostech řešení (Procházka a kolektiv 2020, s. 199). Umožňuje párům naplánovat celkovou prenatální péči, včetně porodu ve specializovaných centrech a tím zahájit i včasnou postnatální léčbu. Snahou je najít neinvazivní postupy, které nás budou informovat o zdraví plodu (Chvílová Weberová, Matějek, Steinlauf a kolektiv 2023, s. 167).

2.2 Etické problémy perinatální diagnostiky

Perinatální diagnostika přináší řadu etických otázek týkajících se informovaného souhlasu, indikací k vyšetření, užitku vyšetření aj. Musíme si uvědomit, že perinatální diagnostika se nevztahuje pouze k plodu, ale i k matce. Nabízí se tu tedy zásadní otázka. Je plod pacientem s vlastními právy, i když je součástí matky? A pokud tomu tak je, má žena právo rozhodovat za plod? Většinový názor literatury je takový, že pokud těhotná požádá o péči pro své dítě, tehdy se plod stává pacientem (Roztočil a kolektiv, 2017, s. 142).

2.3 Vrozená vývojová vada neslučitelná s životem

Matka zůstává milující matkou, i přes vážné postižení dítěte. Je pro ni velice náročné si přiznat, že její dítě bude těžce postižené, nebo že nemusí po porodu přežít (Chvílová Weberová, Matějek, Steinlauf a kolektiv 2023, s. 166). Sdělování této diagnózy se neliší nijak od sdělování kterékoli jiné závažné diagnózy. Většinou první, co rodiče pocítují, je šok. Následkem šoku bývá rychlé rozhodnutí o ukončení těhotenství. Rohdeová a Dornová doporučují u některých párů s takovým rozhodnutím vyčkat několik dní až týdnů. Pokud se

žena nerozlučí ještě s živým dítětem intrauterinně, může toho zpětně litovat. Proto je vhodné ženu v tom podpořit (Ratislavová, 2016, s. 19). Rodiče, kterým byla tato diagnóza sdělena mají dvě možnosti, první z nich je paliativní péče a druhá je ukončení těhotenství. Pro rozhodnutí je nutné uvážit tyto faktory (Bužgová, Sikorová a kolektiv, 2019, s. 799):

- vyhlídky dítěte
- vztah rodičů k životu a smrti, jejich přesvědčení
- možné budoucí problémy a pocity spojené s nimi (v partnerství, v rodinném životě)

2.3.1 Ukončení těhotenství

Rodiče, kteří zvolí tuto možnost si následně také projdou procesem truchlení. Můžou pociťovat vinu, stud, vtek i selhání. Pro ženy je velice náročné se vypořádat s danou situací vzhledem k nedostatečné přítomnosti objektu truchlení. Často postrádají rituály, jako je pohřeb. Také se lidé v jejím okolí danému tématu vyhýbají nebo se snaží podtrhnout pozitiva včasné diagnózy. Důležitá je profesionalita zdravotníků zařízení, kde dojde k výkonu (Ratislavová, 2016, s. 20).

2.3.2 Pokračování těhotenství

U nás se již děti se závažnou vývojovou vadou rodí minimálně. Pokud k tomu však dojde, bývá to z těchto důvodů:

- pozdní odhalení vady v těhotenství
- vada nebyla během těhotenství vůbec rozpoznána
- rozhodnutí rodičů pokračovat v těhotenství

O tyto ženy většinou pečuje multidisciplinární tým. Jeho členy bývají porodní asistentka, gynekolog, neonatolog, genetik, neonatologická sestra, psycholog, event. duchovní. Druh poskytované péče je závislý na prognóze. Pokud je vada neslučitelná s životem, je vhodné poskytnout paliativní péče. Ovšem kdybychom v tomto případě zvolili intenzivní péči, bylo by to nezodpovědné. Tuto péči bychom zvolili v případě, že si to rodiče přejí a jsou seznámeni s významem nejisté prognózy pro rodinu (Ratislavová, 2016, s. 22).

3 INTRAUTERINNÍ SMRT PLODU

Rodiče se mohou setkat s náhlým úmrtím dítěte v děloze, a to jak v situaci, kdy byla diagnostikována vada neslučitelná s životem, a rodiče zvolili v těhotenství pokračovat, tak i v případě, kdy těhotenství probíhalo zcela fyziologicky a rodičům se mělo narodit zdravé dítě. Když rodiče tuto šokující zprávu obdrží, často se u nich spustí akutní fáze procesu truchlení (Ratislavová, 2016, s. 37)

Ženy mohou pociťovat změny v pohybové aktivitě dítěte, dokonce až jejich vymizení. Pokud žena tyto změny zaznamená, měla by navštívit svého obvodního gynekologa, porodní asistentku nebo porodnici (Bužgová, Sikorová a kolektiv, 2019, s. 823-824). Výzkum Warlandové a kol. (2015), kterého se zúčastnilo celkem 1 714 respondentek, které přišly o své dítě po 28. týdnu těhotenství, uvádí, že až 63 % žen vnímalo změny v pohybové aktivitě dítěte. Další výzkum (Raynes-Greenow a kol.) prokázal, že 50 % žen, které měly za sebou porod mrtvého dítěte a uváděly předcházející nepřítomnost pohybů dítěte, vyhledaly lékařskou pomoc až po více než 24 hodinách. Pokud ženy pociťují výrazný úbytek pohybů plodu, neměly by čekat na vyšetření do následujícího dne (Ratislavová, 2016, s. 38-39).

3.1 Příčiny intrauterinního úmrtí plodu

Až v 50 % nelze příčinu s jistotou prokázat. Riziko intrauterinního úmrtí plodu je proměnlivé s gestačním věkem. Riziko ve 26. týdnu těhotenství je 1:150, potom poklesne a ve 37. týdnu je 1:350 a kolem termínu porodu je 1:475. Po termínu riziko naopak narůstá. Příčiny, které lze prokázat dělíme na mateřské, fetální, placentární a pupečnickové (Procházková a kolektiv 2020, s 617; Hájek, Čech, Maršál a kolektiv 2014, s. 3190-3192).

Příčiny ze strany matky bývají nejčastěji onemocnění, se kterými se matka léčila ještě před těhotenstvím. Gravidita může způsobit zhoršení průběhu onemocnění nebo zjištění nového systémového onemocnění. Mezi onemocnění, kterými žena trpěla před těhotenstvím, řadíme diabetes mellitus, nefropatie, hepatopatie, kardiovaskulární a kardiopulmonální choroby. Další příčinou mohou být závažná onemocnění spojená s graviditou, jako je HELLP syndrom, preeklampsie a eklampsie. Mezi příčiny ze strany plodu řadíme těžké vrozené malformace plodu, chromozomální aberace, vrozené poruchy metabolismu a v neposlední řadě bakteriální a virové infekce. Frekvence úmrtí plodu v důsledku kongenitálních malformací je 12-20 % a chromozomálních aberací je 5-8 %. Nejčastější malformace způsobující smrt jsou malformace CNS (74,5 %) a muskuloskeletální vady (11,1 %). Intrauterinní smrt plodu způsobují také infekce. Ty se nejčastěji šíří ascendentní cestou z pochvy. Bakteriální infekce

mohou zapříčinit chorioamnitidu a tím výrazně zvýšit riziko předčasného odloučení lůžka. Infekce, která se u těhotných žen vyskytuje nejfrekventovaněji je způsobena Streptokoky skupiny B (GBS). Nebezpečné jsou i patogeny, které se přenáší sexuálně (bakteriální vaginóza, mykoplazmata, ureoplazmata a chlamydie). Vzácně se mohou vyskytovat i infekce, které se přenáší ze zvířat. Z virových infekcí se nejčastěji setkáváme s patogeny parvovirus B19 a cytomegalovirus (CMV). Pokud příčina úmrtí nebyla ze strany matky nebo plodu, může být ze strany placenty nebo pupečníku. Mezi tyto příčiny patří předčasné odlučování placenty (abrupce), placenta praevia, insuficience placenty, vasa praevia, pravý uzel na pupečníku, torze a strangulace pupečníku, trombóza cév a výhřez pupečníku při předčasném odtoku vody plodové (Procházka a kolektiv 2020, s 617; Hájek, Čech, Maršál a kolektiv 2014, s. 3191-3198).

3.2 Diagnóza intrauterinního úmrtí plodu

Diagnóza úmrtí plodu se může stanovit po ultrazvukovém vyšetření. Pokud lékař nezaznamenal srdeční akci plodu, musí tuto informaci sdělit rodičům. Je velice důležité, aby lékař volil správná slova. Rodičům většinou utkví v paměti výrazy, které lékař použil, ale i jeho neverbální komunikace. V případě nešetrné komunikace, může nevhodný výběr slov lékařem u rodičů způsobit trauma. Stejně důležitá je i atmosféra prostředí. Vhodný je klid, soukromí, a hlavně nesmíme na rodiče spěchat. Bývají v šoku, mívají otupělé smysly nebo naopak silnou emoční odpověď. Zdravotníci by měli v rodičích vyvolat pocit bezpečí a jistoty. Výběr informací by měl být stručný, lidé v šoku dokážou vstřebat pouze omezený obsah. Po sdělení diagnózy není vhodné ženy nechávat samotné. Ženy obecně vnímají pozitivně pozornost zdravotníků se snahou je uklidnit (Bužgová, Sikorová a kolektiv, 2019, s. 822-828).

3.3 Onemocnění Covid-19 a těhotenství

Covid-19 je pandemické onemocnění vyvolané virem SARS-CoV-2 (severe acute respiratory syndrome coronavirus-2), které je charakterizováno jako infekční nemoc způsobená konkrétním typem beta koronaviru. Dle dat WHO tato globálně rozšířená viróza zasáhla přes 770 milionů osob a vyžádala si téměř 7 milionů obětí na životech, jak vyplývá z dat z prosince 2023. Aktualizovaná data Ministerstva zdravotnictví ČR zaznamenala přes 4,7 milionů případů nákazy Covidem-19 v ČR včetně reinfekce a přes 43 tisíc obětí (březen 2024). Přestože některé studie uvádějí, že incidence onemocnění covid-19 mezi těhotnými ženami je zhruba dvojnásobně vyšší ve srovnání s celkovou populací, většinově se u těchto

žen objevuje asymptomatická forma nebo onemocnění probíhá s velmi mírnými symptomy. Mezi hlavní symptomy patří horečka, kašel, dušnost, bolesti svalstva, ztráta čichu a chuti. Analýza laboratorních výsledků často ukazuje na přítomnost leukocytózy, snížení počtu lymfocytů, zvýšenou aktivitu neutrofilů, zvýšení hladiny C-reaktivního proteinu a prokalcitoninu, zvýšené hodnoty transamináz a pokles počtu trombocytů. Riziko, že těhotná žena pozitivní na SARS-CoV-2 porodí dítě, které bude také testováno pozitivně na tento virus, se pohybuje v rozmezí od méně než 1 % do 5 %. Přitom se odhaduje, že asi 71 % novorozenců, kteří jsou pozitivní na Covid-19, se nakazilo po porodu, tj. expozicí prostřednictvím rodinných příslušníků, zdravotnického personálu nebo prostředím. Zatímco pouhých 5,7 % infekcí mezi novorozenci pramení z intrauterinního přenosu. Na základě dostupných odborných publikací se předpokládá, že morbidita novorozenců a plodů způsobená infekcí SARS-CoV-2 u těhotných žen je minimální, což může být důsledkem nízkého rizika přenosu viru intrauterinně. Těhotné ženy, které onemocní Covidem-19, čelí vyššímu riziku vážných komplikací, které mohou vyžadovat intenzivní péči, podávání kyslíku, mechanickou ventilaci nebo dokonce mohou vést k úmrtí, oproti ženám, které těhotné nejsou. Mezi další rizika patří větší pravděpodobnost intrauterinního úmrtí plodu, předčasný porod, rozvoj preeklampsie/eklampsie a HELLP syndromu, zvláště u žen s dalšími zdravotními problémy. Mezi hlavní rizikové faktory vedoucí k těmto negativním důsledkům patří především, nadváha (BMI > 25 kg/m²), obezita (BMI > 30 kg/m²), vysoký krevní tlak, cukrovka, pokročilé stádium těhotenství (po 20. týdnu gestace), věk nad 35 let a omezená možnost využití zdravotní či intenzivní péče pro těhotné ženy. Ve srovnání s celkovou populací se u těhotných žen s Covidem-19 častěji přistupuje k ukončení těhotenství císařským řezem. Nedávné studie ukázaly, že riziko intrauterinního úmrtí plodu je výrazně vyšší u žen s potvrzenou infekcí Covid-19. Přičemž trombotické komplikace v placentě nebo pupečníku, zapříčiněné změnami v koagulaci a snížením počtu trombocytů, jsou považovány za jednu z hlavních příčin úmrtí plodu. Výskyt perinatální mortality a morbidity je přímo spojen s vážností infekčního onemocnění u matky a s patologickými změnami v placentě, obzvláště v situacích, kdy dochází k předčasným porodům na základě již existujících problémů s placentou, jako je preeklampsie, vícečetné těhotenství, monochoriální dvojčata nebo vyšší věk matky. SARS-CoV-2 placentitis představuje neobvyklou, avšak kriticky důležitou komplikaci spojenou s onemocněním Covid-19 během těhotenství, zejména pokud je onemocnění symptomatické. Infekce placenty tímto koronavirem může způsobit narušení krevního zásobení placenty a plodu v důsledku maternální a fetální vaskulární malperfúze. Tento stav je ještě zhoršen

existujícím protrombotickým efektem spojeným s těhotenstvím, což může vést k řadě vážných důsledků, včetně úmrtí plodu, intrauterinní hypoxie, omezení růstu plodu nebo dokonce předčasného porodu, který je často spojen s významnou neonatální morbiditou. Vzhledem k potenciálním komplikacím je zásadní v průběhu těhotenství zavést posílená epidemiologická opatření, včetně pravidelných testů na Covid-19, sledování kontaktů a očkování. U těhotných žen s pozitivním testem na covid-19 je také doporučena zvažování preventivní antikoagulační terapie, například použitím nízkomolekulárního heparinu, a intenzivnější sledování stavu plodu, zejména v situacích, kdy již existuje nedostatečná funkce placenty (Korček, Urbancová, Hadravská, Straňák 2022, s. 27-33; WHO 2023; MZČR 2024).

V roce 2019 byly na Gynekologicko-porodnické klinice Fakultní nemocnice Bulovka zaznamenány pouze dva případy intrauterinního úmrtí plodu. Nicméně, v roce 2020 došlo k jistému nárůstu těchto případů, což bylo pozorováno i v kontextu celkového zvýšení počtu porodů. Ve čtvrtém čtvrtletí roku 2021 pak počet případů intrauterinního úmrtí plodu vzrostl o téměř dvě třetiny celkového počtu zaznamenaných v celém předcházejícím roce. V prvních dvou týdnech března 2021 byly zaregistrovány tři případy intrauterinního úmrtí plodu u těhotných žen s dříve diagnostikovaným onemocněním Covid-19. Ve dvou z těchto případů byly pacientky v době zjištění úmrtí plodu stále aktivně nemocné Covidem-19 a nacházely se v karanténě, zatímco třetí pacientka prodělala infekci Covid-19 přibližně dva měsíce předtím. Ačkoliv nelze s jistotou vyloučit přítomnost dalších faktorů, které by mohly přispět k intrauterinnímu úmrtí plodu, existují silné důkazy naznačující souvislost mezi aktivní infekcí Covid-19 a těmito případy, zejména díky shodným laboratorním nálezům a histopatologickým vyšetřením placent. Je důležité poznamenat, že ve všech třech případech šlo o eutrofické novorozence bez jakýchkoli patrných vývojových defektů. Specificky u dvou případů aktivního onemocnění covid-19 byla u těhotných zaznamenána závažná trombocytopenie společně se zvýšením hladiny jaterních transamináz. Při histopatologickém vyšetření placent byly dále popsány známky uteroplacentární malperfúze spolu s vilozitidou a deciduitidou, což jsou nálezy typicky spojované s těhotenstvími komplikovanými Covidem-19. Tato zjištění poukazují na to, že infekce Covid-19 může značně rychle negativně ovlivnit funkci placenty, čemuž se plod nedokáže přizpůsobit (Válková, Hubka 2021, s. 410-413).

4 POROD MRTVÉHO PLODU

Po sdělení diagnózy informuje porodník rodiče o dalším postupu. Ten záleží na zdravotním stavu matky. Žena má možnost buď odejít domů, aby měla čas vstřebat to, co se stalo nebo být hospitalizovaná a zahájit kroky k indukci porodu. Nesmí se zapomenout na přání ženy a je nezbytné diskutovat s ní o jejich možnostech. Je nutné ji sdělit informace o pravděpodobném průběhu porodu a také jakými způsoby lze tlumit porodní bolesti. Na místě je i sestavení porodního plánu (Roztočil a kolektiv, 2017, s. 209).

Během těhotenství, kdy ještě bylo vše v pořádku, si ženy představují, jaký asi bude porod. Vytvářejí si plán porodu a uvažují nad tím, jakým způsobem chtějí родit. Ale většina žen netuší, jaký je průběh porodu mrtvého dítěte a ani si to nedokážou představit. Některé z nich ani nerozumí tomu, proč by dítě měly porodit, když už je mrtvé. Proto se zde objevuje otázka císařského řezu. Ženy mají pocit, že zvolením císařského řezu bude rychle po všem. V této situaci je důležité, aby lékař měl trpělivost a důkladně ženu informoval o rizicích, které císařský řez přináší. Žena má mnoho obav týkající se vaginálního porodu. Zdravotníci by měli ženu vyslechnout a promluvit si s ní o důvodech jejich obav. Také by měli šetrně upozornit, že císařský řez má vliv na rekonvalescenci jak fyzickou, tak i psychickou. Může dokonce ovlivnit i to, jak žena ztrátu dítěte přijme (Ratislavová, 2016, s. 47).

4.1 Vedení porodu s mrtvým plodem

Po nástupu pravidelných děložních kontrakcí lze ženě nabídnout využití epidurální analgezie, spasmolytik i opiátů. V případě porodu mrtvého dítěte se již nemusíme zabývat vedlejšími účinky léků na plod. Zajímají nás pouze vedlejší účinky léku, které působí na ženu. Nejvhodnější způsob tlumení bolesti je epidurální analgezie. Pokud se podá včas, hladina vyplavovaných stresových hormonů se snižuje. Nesmíme ale opomíjet nefarmakologické tišení bolesti. Ženy mohou využívat například teplé obklady, masáže, sprchu i pohyb stejně jako při porodu živého dítěte (Ratislavová, 2016, s. 50-51; Procházka a kolektiv 2020, s 618).

V průběhu porodu je nutné sledovat fyziologické funkce těhotné, hlavně krevní tlak, tělesnou teplotu a pulz. Porodní asistentka zaznamenává postup porodu, vyprazdňování ženy a již zmíněnou porodní bolest a její snižování. Nesmí zapomínat ani na psychickou podporu ženy. Pokud si žena přeje přítomnost blízké osob u porodu, měli by zdravotníci tomuto přání vyhovět. Plod se porodí jako celek spolu s placentou, pupečník se tedy nepřerušuje. Po porodu se dítě otře a zabalí se do roušky. Podle přání rodičů se buď s dítětem rozloučí anebo

ho nechtějí vidět. Zdravotníci musí toto přání respektovat. Později se plod i s placentou posílá k patologicko-anatomické pitvě (Procházka a kolektiv 2020, s 618; Roztočil a kolektiv, 2017, s. 209).

4.2 Komunikace s rodičkou

Zdravotníci by se ženou měli komunikovat tak, aby v ní nevyvolali pocit viny nebo selhání. Bez nevhodných poznámek. Naopak ženu musí podpořit a ujistit ji, že si vede dobře a porod zvládá. Žena si zaslouží důstojné chování, tudíž by zdravotníci měli dodržovat zásady profesní etiky. Vhodné je i vyjádřit lítost. Ženy oceňují hlavně lidský a vřelý přístup. Porodní asistentka by měla být ženě k dispozici a ujistit se, že rodiče mají v rámci možností komfort. Za nevhodné chování ženy považují, pokud se porodní asistentka chová nadřazeně a manipulativně. Také není vhodné situaci bagatelizovat, například ženě říct, že ještě je mladá a bude mít víc dětí. Některým ženám pomáhá odvedení pozornosti od dané situace a konverzovat o běžných věcech. Porodní asistentka by měla vyzorovat, zda ženě tato možnost vyhovuje či naopak by jí to přišlo nevhodné. Jiné ženy naopak ocení více neverbální komunikaci ze strany zdravotníků. Fyzický dotek jako je pohlazení či držení za ruku, může pro některé ženy znamenat více než slova (Ratislavová, 2016, s. 53-58).

4.3 Rozloučení s dítětem

Management orientovaný na psychosociální péči o rodiče, kteří prožili ztrátu ještě před narozením, považuje za klíčové zásahy, které mohou rodičům umožnit strávit čas s jejich nenarozeným dítětem a vytvořit si vzpomínky. Rodiče mohou například vidět nebo si jejich dítě pochovat. Pro zachování památky na dítě mohou rodiče vytvořit fotografie, pramínek vlasů nebo si nechat otisknout končetiny dítěte na památní kartičku (Ratislavová, 2015, s. 39). Někdy se může stát, že rodiče nechtějí nebo se obávají vidět své dítě, protože mají strach, že nebude vypadat "normálně". Zdravotníci často používají odborné termíny, kterým rodiče nerozumí, když jim popisují, jak dítě vypadá. Rodiče velmi oceňují, když se zdravotníci pokusí citlivě a také srozumitelně vzhled dítěte popsat ještě předtím, než se rozhodnou, zda ho chtějí vidět (Ellis et al., 2016, s. 6).

Při rozloučení s dítětem, pokud si to rodiče přejí, lze ho obléct do vlastního oblečení. Je důležité, aby se zdravotníci chovali k dítěti s úctou. Pokud si rodiče budou přát se zapojit do péče, mohou společně s porodní asistentkou dítě omýt, osušit a zabalit do zavinovačky. Je klíčové vytvořit prostředí pro rozloučení, které zaručuje intimnost a klid, a zajistit, že rodiče mají dostatek času na projevení lásky a péče o své dítě. Při poskytování péče během

rozloučení dbáme na to, aby rodiče, kteří si přejí vidět, chovat a strávit čas s novorozencem, měli k dispozici dostatek prostoru a času. Ujistíme rodiče, že jejich dítě není samo a ani v bolestech. Kromě toho splňujeme spirituální potřeby rodičů a nabízíme podporu duchovního charakteru. V případě přání rodičů umožňujeme, aby při rozloučení byli přítomni i jejich příbuzní, včetně sourozenců novorozence. Zvláštní pozornost věnujeme podpoře rodičů při vytváření památek na své dítě, jako jsou společné fotografie nebo karty s jménem novorozence. Respektujeme rozhodnutí rodičů a citlivě přistupujeme k různým projevům jejich smutku. Chování celého porodního týmu musí být nediskriminující a podpůrné vůči všem rodičům, bez ohledu na věk, víru, barvu pleti nebo národnost. V případě cizinců poskytujeme péči v souladu s principy multikulturního ošetřovatelství. Je nezbytné ujistit rodiče, že jsme udělali maximum jak pro jejich novorozence, tak pro ně samotné (Roztočil a kolektiv, 2017, s. 211).

Během těhotenství si většina žen vybírá jméno pro své nenarozené dítě. Avšak po narození mrtvého dítěte může dojít k váhání rodičů ohledně pojmenování svého dítěte z různých důvodů. Někteří rodiče se rozhodnou dítě nepojmenovat vůbec nebo nakonec vybrat jiné jméno, ponechávají si původní jméno pro budoucí potomky. Odborníci však nedoporučují, aby docházelo ke změnám jména. Pojmenování dítěte je spojeno s utvářením identity a jeho místem v rodinné historii. Jméno zesnulého dítěte zároveň definuje jeho čas a místo v životním cyklu. Užití jména na pamětní kartě, v dokumentech nebo při rozhovoru s rodiči může pozitivně ovlivnit vytváření vzpomínek a přispět k uzdravení rodiny. Další otázkou spojenou s pojmenováním dítěte je možnost nouzového křtu, který má náboženský charakter. V naší převážně ateistické společnosti může být málo známo, že takový křest může provést kdokoli, včetně zdravotníka, za předpokladu, že má úmysl „konat to, co církev“. V tomto případě se používá voda, která nemusí být posvěcená, ale vždy je přírodní. Při aktu křtu pronáší křtitel předepsanou formuli: „(Jméno ve vokativu), já tě křtím ve jménu Otce i Syna i Ducha svatého.“ Je však třeba zdůraznit, že křest může být udělen pouze živým osobám (Ratislavová, 2016, s. 79).

4.4 Pitva mrtvorozených dětí a dětí zemřelých krátce po porodu

Hlavním zákonem, který upravuje danou problematiku je zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách ve znění pozdějších předpisů. Tento zákon stanovuje rozdělení pitev do několika kategorií, z nichž v kontextu zkoumaného tématu mají zásadní význam zejména dvě specifické typologie: patologicko-anatomické pitvy a zdravotní pitvy. Tyto kategorie se od sebe odlišují podle účelu a specifik kontextu, v němž jsou prováděny. Význam těchto

pitve spočívá nejen v poskytování klíčových informací pro lékařskou komunitu, ale také v nabízení uzavrání a odpovědí pro pozůstalé rodiny.

Patologicko-anatomické pitvy se realizují z různých důvodů. Provádějí se u plodů, jejichž těhotenství bylo ukončeno uměle z důvodů genetických indikací nebo kvůli zjištění vrozených vývojových vad plodu. Tyto pitvy slouží k detailnímu prozkoumání a určení příčin, které vedly k rozhodnutí o přerušení těhotenství. Jsou také nezbytné u dětí, které se narodily mrtvé, stejně jako u těch, které zemřely v mladém věku, specificky před dosažením 18 let. Tento postup umožňuje lépe pochopit okolnosti vedoucí k úmrtí. Aplikují se také v situacích, kdy příčina smrti není jasně určena, nebo pokud existují nejasnosti ohledně základních nemocí, souvisejících zdravotních komplikací, či shody mezi klinickou diagnózou a skutečným zdravotním stavem zemřelého. Tento krok je klíčový pro objasnění příčin úmrtí a souvisejících zdravotních aspektů, což může přispět k lepšímu pochopení a léčbě onemocnění v budoucnosti.

Zdravotní pitvy se uskutečňují hlavně v těchto následujících případech. Situace, kdy dojde k náhlému a nečekanému úmrtí, a během první inspekce těla zemřelé osoby není možné určit příčinu smrti, nebo pokud je tato příčina nedostatečně vysvětlena. Tento postup je klíčový pro rozluštění nejasností ohledně okolností úmrtí. Případy, kde se objeví podezření, že smrt mohla nastat jako důsledek nesprávného lékařského zákroku nebo nedostatků v poskytované zdravotní péči. Toto podezření může vyjádřit jak zdravotnický personál zapojený do poskytování péče, tak lékař, který provedl prvotní vyšetření těla, či blízká osoba zemřelého.

V souladu se zákonem o zdravotních službách, konkrétně § 88a odst. 1, jsou určité situace, kdy je možné od pitvy upustit, i když obecně platí, že patologicko-anatomické a zdravotní pitvy mohou být prováděny i bez souhlasu pacienta nebo jeho právního zástupce. Tato výjimka se týká případů, kdy lékař po prohlídce těla zemřelého dospěje k názoru, že pitva nebude provedena za předpokladu, že jsou splněny určité specifikované podmínky. Mezi tyto podmínky patří:

- Případy, kdy je potřebná patologicko-anatomická pitva kvůli genetickým faktorům nebo kvůli indikacím vrozených vývojových vad plodu, stejně jako u mrtvě narozených dětí nebo u dětí, které zemřely před dosažením věku 18 let.
- Situace, kde je příčina úmrtí jasně rozpoznatelná.

- Případy, kdy zákonný zástupce pacienta vyjádřil přání, aby pitva nebyla prováděna

Dále, pokud je na základě prvotního posouzení lékařem navrženo provedení patologicko-anatomické či zdravotní pitvy, ale tělo mrtvě narozeného dítěte nebo dítěte, které zemřelo krátce po porodu, je převedeno na odpovídající oddělení s příslušnou odborností, je možné, že lékař na tomto oddělení provede reevaluaci a rozhodne, že pitva se nakonec neprovede. Pro toto rozhodnutí musí být splněny stejné podmínky, jaké byly stanoveny pro původní rozhodnutí o neprovedení pitvy. Tato regulace a možnost rozhodnutí o neprovedení pitvy poskytuje prostor pro zohlednění individuálních okolností a přání rodin, zatímco zároveň respektuje právní rámec a odborné posouzení situace zdravotnickými pracovníky. Legislativa v rámci zákona o zdravotních službách (ZZS) specifikuje, že výslovný nesouhlas s realizací pitvy musí být řádně dokumentován a začleněn do zdravotnické dokumentace dotčené osoby. V případě, že jde o mrtvě narozené dítě, tento nesouhlas by měl být evidován v rámci zdravotnických záznamů matky. Pro uznání takového nesouhlasu jsou stanoveny přesné právní požadavky, které zahrnují několik formálních kroků: nesouhlas musí být vyjádřen písemně s podpisem, který byl úředně ověřen, nebo je možné, aby byl nesouhlas zaznamenán přímo ve zdravotnickém zařízení. V tomto případě musí být dokument o nesouhlasu podepsán jak pacientem, tak i příslušným zdravotnickým pracovníkem. Tyto procedury zajistí, že každý vyjádřený nesouhlas s pitvou je jasně a nedvojsmyslně dokumentován, což je zásadní pro respektování práv a přání pacienta nebo jeho zákonných zástupců. Tento přístup podtrhuje důležitost transparentnosti a souhlasu v medicínském procesu, zvláště v kontextu, který je tak citlivý jako je provedení pitvy (Vráblová 2021, s. 1-3; Zákon č. 372/2011 Sb.).

4.5 Pohřeb a právo na pohřebné

Získané zkušenosti od rodin, které prošly bolestivou ztrátou dítěte, ukazují na významnou roli rituálu posledního rozloučení, kterým je pohřeb, pro proces smíření rodičů s tímto neštěstím. Tento obřad jim umožňuje oficiálně se rozloučit se svým dítětem a zároveň vědět o jeho posledním odpočinkovém místě. Podle právních předpisů je nutné do 96 hodin od okamžiku narození nebo úmrtí dítěte předat zdravotnickému personálu řádně vyplněný formulář, jenž specifikuje způsob nakládání s tělesnými pozůstatky dítěte. Rodičům jsou nabízeny dvě hlavní možnosti. Jedna z nich zahrnuje ponechání péče o tělo dítěte na nemocnici, která zorganizuje zpopelnění a jeho pohřbení ve společném hrobě na anonymním místě. Pokud by rodiče chtěli později toto místo dohledat, Perinatální hospic Dítě v srdci, z. s. tuto

možnost nabízí. Alternativou je, že se rodiče rozhodnou zajistit pohřeb či kremaci samostatně, což zahrnuje výběr pohřební služby, která se postará o transport těla dítěte z patologie na obřad nebo přímo do krematoria. Služby nabízené různými pohřebními agenturami se liší, přičemž kvalitní pohřební služby obvykle nabízejí možnost tzv. vypravení dítěte. Rodiče mohou být součástí přípravy dítěte na obřad. Mají možnost ho obléct, naposledy si ho pochovat a uložit do rakvičky. Tento proces poskytuje rodičům prostor pro osobní rozloučení a vyjádření poslední úcty svému dítěti (Jelínková 2021, s. 12).

Do konce roku 2011 bylo poskytnutí pohřebného za pohřbení mrtvě narozeného dítěte volitelné. Žádosti o tuto dávku však nebyly vždy schváleny, přičemž jedním z důvodů zamítnutí byla absence trvalého pobytu, což bylo obtížné prokázat u mrtvě narozeného dítěte. S přechodem na novou podmínku nároku na všechny státní sociální dávky, tedy podmínku bydliště na území republiky, byla explicitně vyloučena podmínka trvalého pobytu i bydliště u mrtvorozeného dítěte od 1. ledna 2012. Takže každá fyzická osoba, která zajistí pohřeb pro mrtvě narozené dítě a později o pohřebné požádá, má na něj nárok podle nové legislativy. Výše částky na pohřebné je 5000 Kč a je nezávislá na příjmu dané rodiny. Žádost lze podat nejdéle 1 rok po pohřbu, a to na Úřadu práce. Právnícké osoby, jako obec nebo poskytovatel zdravotních služeb, nemohou samy žádat o pohřebné, ale není zakázáno, aby sociální pracovník požádal jménem rodičů. Od 1.12.2022 mají nárok na pohřebné i osoby, které pohřbili potracené dítě nebo dítě po umělém přerušení těhotenství ze zdravotní indikace. Aby tato žádost byla schválená, je nutné předložit tyto dokumenty (Procházka a kolektiv 2020, s. 620, Aktualizace 1. vydání brožury Když na začátku přichází konec, Perinatální ztráta 2023):

- Průkaz totožnosti osoby žádající o pohřebné (tato osoba by se měla shodovat s osobou zařizující pohřeb a jejíž jméno je na faktuře pohřební služby)
- Úmrtní list (v případě úmrtí až po narození dítěte)
- Rodný list (v případě mrtvorozeného dítěte)
- Tiskopis žádosti o pohřebné (lze ho stáhnout z internetových stránek Úřadu práce nebo si ho vyzvednout na nejbližší pobočce)
- Faktura za vypravení pohřbu a doklad za jeho úhradu

- Zdravotnickým zařízením vydaný doklad o potratu plodu nebo o umělém přerušení těhotenství ze zdravotní indikace

Ve výzkumu psychosociálních intervencí při porodu mrtvého plodu byl proveden dotazníkový průzkum v jedenácti perinatologických centrech. Dotazník neobsahoval otázky o pohřbu. Z ústní komunikace s matkami vyplynulo, že některé se začaly zajímat o místo uložení pozůstatků svých dětí až po uplynutí zákonné 96hodinové lhůty na sjednání pohřbu. Strach z nedůstojného zacházení s tělem dítěte je vedl k tomu, aby hledaly informace o pohřbu po propuštění z porodnice. Některé matky vyjádřily spokojenost s postfunerálními akty, zatímco jiné kritizovaly tlak na rychlé rozhodnutí o pohřbení, někdy dokonce ještě na porodním sále. Ideální praxí by bylo odložit lhůtu pro sjednání pohřbu až po ověření „Listem o prohlídce zemřelého“ oběma rodiči (Procházka a kolektiv 2020, s 620).

4.6 Těhotenství po perinatální ztrátě

Na celém světě dochází každoročně k přibližně 2,6 milionu případů mrtvorozených dětí neboli stillbirth. Zhruba dvě třetiny žen otěhotní do dvanácti měsíců od perinatální ztráty. Největším rizikovým faktorem pro další těhotenství již předchodí stillbirth v anamnéze. Rodiny, které zažívají těhotenství po ztrátě, čelí mnoha fyzickým a psychologickým rizikům, mezi které patří gestační diabetes, předčasný porod a omezení růstu plodu, stejně jako deprese a úzkost. Nicméně s vhodnou péčí je možné tyto rizika snížit nebo dokonce eliminovat. Proto má poskytovatel zdravotní péče důležitou roli ve vývoji plánu péče, který je citlivý, individualizovaný a navržený ve spolupráci s rodiči. Kromě toho, podpůrná osoba hraje během těhotenství po ztrátě klíčovou roli. Omezit podporu partnera v dobách pravděpodobně zvýšené úzkosti, jako je třeba ultrazvukové vyšetření, vyvolává negativních psychologické následků nejen pro těhotnou ženu, ale i pro jejího partnera v důsledku zkušeností s předchozím mrtvorozeným dítětem (Pollock, Murphy, O'Leary, Warland 2020, s. 540-543).

Těhotenství následující po perinatální ztrátě se výrazně liší od těch, která byla bez takové předchozí zkušenosti. Ženy se mohou cítit zvláště zranitelné, zažívají pocity strachu, obav a nejistoty ohledně budoucnosti a vývoje těhotenství. Často se setkávají s pocitem emocionální izolace, který funguje jako obranný mechanismus proti možné další ztrátě. Tato negativní zkušenost vede k obavám z naděje na pozitivní výsledek těhotenství a pocity nemožnosti ovlivnit budoucí vývoj situace. V důsledku toho ženy často prožívají jakousi ztrátu dřívější naivity a pocitu, že nemohou doufat v šťastný konec. Vlivem perinatální ztráty se

mění pohled žen na jejich další těhotenství, přičemž zkušenost s nečekanou perinatální ztrátou je přesvědčující, že úspěšný výsledek těhotenství není nikdy zaručen. Vliv psychického stresu na průběh těhotenství a na budoucí život dítěte je nesporný a je předmětem výzkumu již desítky let. Existuje bohatá řada důkazů potvrzující, že stres během těhotenství může mít nepříznivý dopad na zdraví matky, plodu a následně i na novorozence. Matčiny negativní emoce mohou ovlivňovat délku gestace i hmotnost dítěte při narození, přičemž nejvýraznější dopad mají specifické úzkosti spojené s obavami o zdraví plodu. Mezi mechanismy, které se na vývoji plodu podílejí, patří mateřské stresové hormony a placentární krevní tok. Bylo zjištěno, že úzkost matky může vést k zvýšení děložní arteriální rezistence, což má za následek snížení krevního průtoku. Vysoká úroveň prenatalního stresu je rovněž spojována s vyšším rizikem potratu a předčasného porodu. Dopady prenatalního stresu nejsou omezeny pouze na fyzický vývoj kojenců, ale mohou ovlivnit dítě až do jeho desátého roku života. Poskytovatelé zdravotní péče by měli být ostražití vůči zátěžovým strategiím a v případě potřeby je identifikovat a zasáhnout, zejména pokud by mohl být ohrožen stav plodu. Ženy, které zažily perinatální ztrátu, mohou vykazovat zvýšenou potřebu interakce s poskytovateli zdravotnických služeb. Toto zvýšení kontaktu může vést k nutnosti alokace dodatečných zdrojů na zdravotní péči. Intervence v ošetrovatelství, které jsou orientované na poskytování doporučení pro psychologickou a psychoterapeutickou podporu, se ukázaly jako efektivní. Benefiční mohou být rovněž skupiny vzájemné podpory. Tyto zásahy mají potenciál minimalizovat potřebu nadměrné lékařské péče tím, že pomáhají snižovat frekvenci návštěv u lékaře na minimum, nezbytné pro zajištění základního ujištění pacientek. Cílem je zajistit, aby se lékařská péče soustředila jen na nezbytně nutné zásahy a aby bylo možné omezit opakované kontroly v zájmu uklidnění pacientek na co nejmenší míru. Porodní asistentka představuje klíčovou součást týmu, který se stará o těhotné ženy. Schopnost empatie a porozumění emocím žen, které zažily perinatální ztrátu, umožňuje porodním asistentkám a dalším poskytovatelům zdravotní péče identifikovat možné problémy a specifické potřeby těchto žen. Používání různých technologických intervencí v rámci péče o těhotné může vést k situaci, kdy se ženy cítí odcizené od vlastního těhotenství, jako by nebylo plně v jejich rukou. Podpurná role porodní asistentky může ženě pomoci lépe se vyrovnat s emocionálním zatížením a posílit její sebejistotu během tohoto zásadního životního období. Standardní léčebné postupy, včetně psychoterapeutických technik, podpory zdravého životního stylu, fyzické aktivity, adekvátního spánku a vyvážené stravy, mohou být efektivně aplikovány i během těhotenství. Klíčovou roli hraje také podpora ze strany rodiny a partnera. Při nasazo-

vání antidepresiv je nutná zvýšená opatrnost. Antenatální depresi často není věnována dostatečná pozornost, což je oblast, kde porodní asistentka může významně pomoci rizikovým ženám a jejich rodinám. Má schopnost rozpoznat příznaky antenatální deprese, doporučit profesionální pomoc a podporovat ženy v jejich rozhodnutích ohledně léčby. Pro porodní asistentku je zásadní vytvářet při interakci s těhotnými ženami atmosféru přátelství a důvěry, což podporuje vznik silného a pozitivně naladěného vztahu, k čemuž intenzivně využívá psychologických nástrojů a přístupů. Role komunitních porodních asistentek může být pro ženu a jejího partnera klíčová, nejen během samotného období ztráty, ale i v dlouhodobějším horizontu po ztrátě dítěte. Rozšíření poskytované podpory za běžně ustálené období smutku by mohlo rodičům umožnit efektivnější zpracování smutku a adaptaci na situaci po ztrátě. Komunitní porodní asistentka by tak měla podporovat rodiče nejen ve fázi ztráty, ale i v případech, že se rozhodnou pro další těhotenství. Je zásadní, aby byli rodiče informováni o možných emocích spojených s předchozím negativním zážitkem a o tom, jak se s nimi vyrovnat, čehož si dříve nemuseli být vědomi. Zásadní je posílení sebeúcty ženy a poskytnutí ujištění, že pocity ambivalence jsou běžnou reakcí na prožité trauma a jsou plně normální (Kaspárková, Bužgová 2013, 653-654).

Kaspárková a Bužgová provedly průzkum a v něm sledovaly prožívání těhotenství šesti žen po perinatální ztrátě. Ženy uváděly, že se u nich objevovaly ambivalentní pocity po zjištění, že jsou opět těhotné. Prvotní radost později nahradil strach. Ten zapříčinil to, že se ženy rozhodly nesdílet tuto noviny se svým okolím až do začátku druhého trimestru. U většiny žen vyvolaly pozitivní pocity až první pohyby svého dítěte. Cítily úlevu a dodalo jim to naději. Oproti předchozímu těhotenství se ženám zdálo, že se tentokrát těhotenství „vleče“. Uváděly, že už to chtějí mít za sebou. Většina žen měla obavy z přirozeného porodu a z toho důvodu by raději zvolila císařský řez. Pouze jedna z nich byla nakloněna vaginálnímu porodu a aktivní přípravě na něj. Jako hlavní potřebu během těhotenství uvedly ženy medicínskou péči. Pokud je lékař informoval, že těhotenství probíhá v pořádku, cítily ženy pocit úlevy. Další potřeba těchto žen byla zvýšená informovanost a lidský přístup zdravotnického personálu. Jedna z žen hodnotila pozitivně upřímnost a otevřenost lékaře:

„Oceňuji, že mi nic nezatajuje, seznámil mě se všemi riziky a důvody proč mi doporučil nějaká vyšetření navíc. Bere mě jako partnera a vždycky se mě ptá na můj názor. A to i přes to, že jsem mu hned řekla, že budu dělat všechno, co mi doporučí.“

U všech žen se objevila potřeba sdílení emocí a pocitů. U většiny žen největší oporou byl partner, rodina a přátelé. Ocenily, když je daná osoba pouze vyslechla. Nepotřebovaly žádné rady či názory na danou situaci, pouze vyslechnout.

4.7 Partnerský vztah a těhotenství po perinatální ztrátě

Většina párů, které prožily ztrátu dítěte před jeho narozením, se obvykle rozhodnout počít další dítě 12 měsíců po této události. I když jsou dostupné určité informace o rozhodovacím procesu žen, zkušenosti párů jako celku jsou opomenuty. Z tohoto důvodu se rozhodli na irské univerzitě ve městě Cork provést studii, která sledovala zkušenosti párů s početím po předchozí perinatální ztrátě. Studie se účastnilo celkem 8 párů. Zkušenosti párů se ztrátou dítěte před narozením, důvody úmrtí jejich dítěte a jejich vztah k zesnulému dítěti mají značný vliv na proces rozhodování o těhotenství po této ztrátě. Smrt dítěte představuje pro jakýkoliv pár nepředstavitelnou ztrátu. Mnoho párů se rozhodne pro další těhotenství krátce po úmrtí svého dítěte. Těhotenství po ztrátě dítěte před jeho narozením přináší potenciální psychologickou zátěž matek, partnerů a následně narozených dětí. Párům hrozí zvýšené riziko úzkosti, deprese a dezorganizované vazby k dětem počatým po ztrátě. Páry se musí přizpůsobit novému těhotenství a snaží se navázat vztah s novým dítětem, zatímco stále aktivně prožívají ztrátu předchozího dítěte. Potíže s navázáním vztahu k novému dítěti je ochranným mechanismem rodiče před další hrozící ztrátou. Někteří rodiče nové těhotenství vidí jako novou příležitost a šanci na předčasně navázání vztahu. Ačkoli se tato studie zaměřila na zkoumání společných zkušeností párů, odhalila nové postřehy o tom, jak muži přemýšlejí o rozhodnutí mít další dítě po perinatální ztrátě. Rozdíly mezi rozhodováním žen a mužů mohou být vysvětleny touhou mužů plně se věnovat dítěti, které zemřelo, než se rozhodnou pro další těhotenství. Všichni muži uvedli, že jejich partnerky znaly zesnulé dítě lépe než oni a že potřebovali více času, aby poznali své dítě po narození. Muži uvedli, že čas bezprostředně po ztrátě byl jedinou příležitostí, jak poznat své zesulé dítě. Přáli si čas po perinatální ztrátě zachovat pro jejich zesulé děti, než začali uvažovat o dalším těhotenství. Toto téma bylo nejčastěji zdůrazňováno muži, jejichž děti zemřely více než 6 měsíců před následujícím těhotenstvím jejich partnerky. To naznačuje, že měli více času na zpracování svého smutku a vytvoření vazby k zesnulému dítěti. Tento poznatek také odráží pohlavní rozdíly v procesu přechodu k rodičovství, kdy se mužův přechod nemusí plně uskutečnit až do narození dítěte. Toto je důležité zjištění jak pro klinické pracovníky, tak pro páry v poskytování citlivé a respektující péče. Tyto poznatky poskytují nové náhledy na to, jak muži

vnímají otcovství v kontextu ztráty těhotenství. Časování dalšího těhotenství se lišilo v závislosti na zkušenostech se ztrátou. Páry, jejichž děti zemřely kvůli vrozené vadě, často odkládaly početí až po získání výsledků pitvy a laboratorních testů. To bylo zvláště důležité pro muže, kteří vyjádřili touhu po konkrétních vysvětleních ztráty a rizika možného opakování. Ženy by upřednostnily otěhotnění ihned, jak by to bylo možné, než čekat na výsledky pitvy. Naopak muži dávali přednost odložení početí s ohledem na potřebu informací, odborného poradenství a posouzení rizik před zvažováním těhotenství. Nicméně páry uvedly, že si přejí chránit svůj vztah se zesnulými dětmi, které měly možnost poznat až po jejich narození. Páry, jejichž dítě neočekávaně zemřelo bez vady, byly více nakloněny okamžitému početí. V těchto případech ženy vyjádřily nesmírnou touhu znovu otěhotnět a někteří muži cítili, že nové těhotenství by mohlo být jakýmsi lékem pro žal jejich partnerky. Muži v těchto situacích mohou souhlasit s rychlým početím jako způsobem, jak zmírnit smutek své partnerky a pečovat o ni. Dva páry v této studii, na které se tato situace vztahovala, měly nejkratší interval mezi těhotenstvími. Velká globální studie Wojcieszka a kol. zjistila, že dvě třetiny párů otěhotní do 12 měsíců od jejich porodu mrtvorozeného dítěte. Je to poměrně krátká doba a lze předpokládat, že mnozí z nich možná ani nečekají na výsledky doporučených pitev nebo laboratorních vyšetření. Z toho důvodu by diskuse o plánování těhotenství po ztrátě měly být součástí standardní péče o páry, které zažily perinatální ztrátu. Jakmile se páry rozhodly pro další dítě, zahájily proces početí, který popsaly jako velmi náročný. Pro některé z nich to bylo poprvé, co aktivně plánovali těhotenství, a nebyli si jisti celým procesem. Touha dosáhnout těhotenství vedla u některých párů k tomu, že pohlavní styk se stal jakousi rutinou. Zvláště muži komentovali nedostatek intimity, který se stal charakteristickým pro jejich sexuální vztahy. Sexuální styk byl diskutován jako metoda dosažení těhotenství spíše než jako prostředek, kterým by pár mohl sdílet něhu nebo emoce. Ženy uváděly, že zažívaly pocity zklamání a selhání, které měly s příchodem každého menstruačního cyklu. Mezi ženami panoval neustálý strach, že jejich těla mohou být vadná a že další těhotenství nemusí být možné. Tato zjištění jsou podobná těm z jiných studií, které zkoumaly sexuální intimnost po ztrátě. Ačkoli studie Hagemeistera a Rosenblatta o prožívání párů a sexuálních vztazích byla provedena před více než 20 lety, tato studie uvádí, stejně jako novější studie, potřebu podpory párů při diskusi o sexuálních vztazích se zdravotnickými poskytovateli jako klíčovém komponentu péče po perinatální ztrátě. Zkušenosti s pokusem o početí po ztrátě měly dopad na vztahy mezi partnery. Párům, které dokázaly diskutovat o svých pocitech, i když mezi nimi existovaly neshody, se dařilo lépe než těm, které měly potíže s komunikací v důsledku ztráty. Možná že právě vyslechnutí a pochopení pocitů jeden druhého během

tohoto rozhovoru přispěl k lepšímu porozumění jejich zkušenostem. Páry uváděly, že klíčové pro ně bylo uznat, že perinatální ztráta a následná snaha o početí mělo vliv na jejich vztah. Ztráta dítěte vyvinula na jejich vztah velký tlak. Většina párů uvedla, že velkou roli v rozhodování a zvládnání dané situaci hrálo to, jaký měli vztah ještě před úmrtím dítěte. Dva páry otevřeně přiznaly komunikační obtíže v důsledku ztráty. Mluvili o tom, jak bylo pro ně obtížné spolu komunikovat po perinatální ztrátě. Bylo prokázáno, že potíže s komunikací v důsledku ztráty mají významný dopad na intimní vztahy mezi partnery. Zjištění této studie ukazují paralely s dalšími výzkumy, podle kterých se komunikace ve vztazích vyvíjí nerovnoměrně a může nabývat různých podob. V situacích, kdy měli partneři možnost otevřeně hovořit a sdílet své pocity navzájem, došlo ke zlepšení celkové kvality jejich vztahu. Tato interakce umožňovala párům lépe porozumět jeden druhému a posílit svůj vzájemný vztah, což naznačuje důležitost otevřené a efektivní komunikace jako klíčového faktoru pro zdravé partnerství, zejména v obdobích náročných emocionálních zkoušek. Význam této studie spočívá v podtržení nutnosti podpory v komunikaci mezi partnery po ztrátě dítěte, což může sloužit jako základní kámen pro překonání společných výzev a posílení vzájemného pouta (Murphy, Savage, O'Donoghue, Leary, Leahy-Warren 2021, s. 475-481).

5 TRUCHLENÍ

Do nedávna byl proces smutku a žalu v odborných publikacích jen málo probírán. Avšak v poslední době došlo k výrazné změně, a to díky vzniku speciálního poradenství pro osoby truchlící po ztrátě blízkého. Vyjadřování smutku otevřeně má terapeutický účinek a podpora v rámci odborné terapie napomáhá uvolnění potlačeného zármutku a bolesti. Umění vyjádřit smutek zahajuje cestu k postupnému obnovení fyzického a psychického zdraví a umožňuje zapojení do sociálního života. Iniciální reakcí na ztrátu bývá šok nebo ztráta schopnosti mluvit, což je časté zejména u náhlých úmrtí. Bezprostředně po ztrátě se objevují smíšené pocity jako lítost, hněv, pocit viny, bezmocnost a strach. U některých lidí se objevují slzy, u jiných není pláč možný. Prožívání smutku je velmi individuální a jeho vnější projevy se liší. Objevují se i protichůdné reakce, jako je hlasitý smích nebo střídání pláče a smíchu, které postupně ustávají. Neocenitelně působí sociální podpora ze strany přátel, partnerů, sousedů nebo známých. Někteří lidé ale dávají přednost samotě. Je důležité, aby nejbližší rodina mohla sdílet své pocity a byla v tomto podpořena. Pláč ulevuje od napětí a zmírňuje bolest. Krokem do další fáze žalu bývá pohřeb. Den pohřbu přináší reálnou akceptaci ztráty a zahajuje období truchlení, což je přechod k nové identitě. Truchlení je náročná a bolestná cesta, na kterou někteří nemohou vykročit bez pomoci. Pozůstalí nejen truchlí za ztrátou, ale také hledají novou identitu a způsob života. Zde může být nápomocné speciální poradenství, které usnadňuje zvládnutí procesu smutku. Poradenství poskytují profesionálové (psychologové, terapeuti, sociální pracovníci, duchovní) nebo vyškolení dobrovolníci. Je často spojeno s hospicovým hnutím, neziskovými organizacemi a klinickými zařízeními nabízejícími psychoterapii. Běžný proces smutku trvá přibližně rok, během kterého dojde k nalezení a akceptaci nové identity. Pozůstalí mají právo na viditelné projevy smutku, přičemž okolí by mělo respektovat jejich projevy žalu, smutné nálady a různé projevy napětí, včetně podrážděnosti a snížené schopnosti plnit své běžné povinnosti. V pracovním prostředí se obvykle setkáváme s poklesem výkonnosti v důsledku osobních ztrát. Je nezbytné, aby kolegové a nadřízení byli o této situaci řádně informováni. Vedoucí by měli, pokud to okolnosti dovolují, přizpůsobit rozdělování pracovních úkolů, dávající přednost méně náročným a více rutinním činnostem. Informovanost spolupracovníků o situaci může předejít nedorozuměním a potenciálním konfliktům. V minulosti se nošení tradičních černých šatů po dobu jednoho roku bralo jako symbol smutku a umožňovalo okolí rozpoznat a respektovat zármutku dotčeného, což vedlo k citlivějšímu zacházení. V současné době, kdy se doba truchlení zkrátila

a místo smutečního oděvu se často používá černá stuha, je tato praxe téměř opuštěna. Obvykle po uplynutí jednoho roku dochází k adaptaci a přijetí nové identity po ztrátě. Truchlící proces může také probíhat v patologické formě, kdy je způsoben přehnaným úsilím o překonání žalu. Truchlení je přirozenou odpovědí na ztrátu a je nezbytné pro položení základů nové identity. Důležité je také poukázat na význam přechodových rituálů. Existují skupiny pozůstalých, které mohou být považovány za rizikové a u nichž lze očekávat výskyt atypických forem truchlení vedoucích k psychopatologickým reakcím, jako jsou posttraumatická stresová porucha, adaptační poruchy, depresivní a úzkostné reakce, stejně jako somatoformní a disociativní poruchy. Patologické formy truchlení se vyvíjejí v důsledku okolností vedoucích k úmrtí. Je klíčové zdůraznit, že děti, které ztratily sourozence, by neměly být vyloučeny z procesu akceptace ztráty. Mělo by se věnovat pozornost i jejich zármutku a procesu truchlení. Děti by měly být začleněny do pohřebních ceremonií, kde se mohou naučit, jak přijímat a zpracovávat smutek (Kupka 2014, s. 522-530).

I když proces truchlení po ztrátě blízké osoby může mít mnoho rysů podobných onemocnění, jako jsou subjektivní pocity nevolnosti, narušení spánku či apetitu, a také může negativně ovlivnit sociální vztahy, nemělo by být truchlení považováno za nemoc. Naopak, je to přirozená forma, jakým způsobem lidé zpracovávají ztrátu. Truchlení zahrnuje složitou kombinaci psychologických, sociálních, tělesných a duchovních reakcí na smutek. Podle Kubičkové se truchlení vyjadřuje zejména skrze:

- Emoční bouři s rozmanitými pocity, kde nejčastěji dominují:
 - Smutek, zármutek a hluboký žal.
 - Obavy, které mohou být vyvolány pocitem nejistoty („Co bude se mnou nyní? Jak si poradím?“) a otázkami týkajícími se smyslu existence (v kontextu smrti mohou ztratit dosavadní životní hodnoty svůj význam).
 - Hněv, rozčílení a agrese, které mohou být namířeny jak proti okolí, například proti zdravotnímu personálu, tak proti sobě samému.
 - Pocity viny a opuštěnosti.
- Tělesnými potížemi, jako jsou vyčerpání či ztráta chuti k jídlu.
- Ztrátou organizační struktury každodenního života a "normálního" fungování.
- Impulzivním a chaotickým chováním.

- Přemýšlením o zemřelé osobě (v tomto případě o svém dítěti).
- Vyhnutím se sociálním interakcím nebo projevem podrážděnosti (až nepřátelství) ve společnosti ostatních.
- Ztrátou víry v Boha s přesvědčením, že kdyby Bůh existoval, nedovolil by, aby se něco takového stalo.
- Ztrátou životního smyslu s myšlenkami typu: „Již nemám proč žít.“.

Proces truchlení lze rozdělit do několika fází, z nichž každá se vyznačuje charakteristickou délkou a projevy. Ihned po ztrátě blízké osoby, často v období několika hodin až dvou dnů, postižené osoby zažívají stav šoku a otřesu. V tomto období se pozůstalí často cítí zmatení a otupělí, mají pocit omámenosti a běžně reagují bez přemýšlení, s nevěrou ve skutečnost toho, co se stalo, někdy i výkřiky typu "To nemůže být pravda! To ne!". Další fáze, známá jako fáze sebekontroly, obvykle trvá až do večera dne pohřbu. Během této doby se pozůstalí zabývají přípravou a organizací pohřbu, což často zabraňuje plnému projevu jejich smutku. Až po odchodu smutečních hostů, když jsou pozůstalí opět sami se svým zármutkem, mohou se plně ponořit do hluboké bolesti, kterou ztráta přináší. Následuje fáze regrese, která může trvat jeden až tři měsíce. V této fázi může u truchlících osob dojít k dětskému chování, jsou apatičtí, uzavření a úzkostní, což může vést k vyčerpání a ztrátě chuti k jídlu. Dochází u nich k dezorganizaci každodenního chování, jsou neschopni se plně zapojit zpět do pracovního procesu, omezují sociální kontakty a mohou se potýkat s poruchami spánku a chutí k jídlu. Fáze adaptace je obvykle posledním obdobím procesu truchlení a může trvat až rok. V tomto období si pozůstalí osvojují ztrátu a hledají nový smysl života, snaží se znovu najít stabilní běh běžného života. Ačkoliv si jsou vědomi, že se již nikdy zcela nezbaví bolesti, kterou ztráta způsobila, naučí se žít s tím, co se stalo, a přijmout ji jako součást své nové identity, s vědomím, že bolest přetrvává jako "jizva, která bude pálit, avšak už nebude neustále bolavá" (Špatenková a kol. 2017, s. 654-665).

5.1 Akutní zármutek

Akutní žal je součástí procesu truchlení a je často spojen s depresivními příznaky, jako je úzkost, neklid, snížená schopnost koncentrace a obecná nedostatečná motivace k aktivitám, které bývaly dříve přijatelné či příjemné. Lidé procházející truchlením mohou zaznamenat oscilace nálady, proměny v jejich emocionálním i behaviorálním vystupování,

včetně pocitu úzkosti, což může vytlačit předchozí aktivitu a otevřenost vůči novým zkušenostem. Během truchlení dochází k posunu v emoční a kognitivní rovině, což může vést k omezení schopnosti vyhodnocovat a jednat směrem k budoucím cílům, a je běžné, že pozůstalí mohou zpočátku mít potíže s přijetím reality ztráty a pocitů s tím spojených. Rozdíly mezi truchlením a depresí je nutno vnímat velmi citlivě, neboť i když jsou některé symptomy podobné, podstata těchto stavů je odlišná. Depresivní ladění v rámci truchlení není nemocí, ale přirozenou součástí zpracování ztráty a znamená projev hlubokého smutku, který však běžně postupně pomine s časem a nevyžaduje léčbu. Na druhou stranu, klinická deprese je duševním onemocněním, které zahrnuje dlouhodobé a intenzivní symptomy, jako jsou trvalá nespokojenost, ztráta zájmu o běžné aktivity, hluboký pocit beznaděje, změny v apetitu, spánku a často i myšlenky na sebevraždu. Lidé s depresí mohou ztratit schopnost prožívat radost a čelí obtížím v každodenních činnostech, což vyžaduje odbornou léčbu. Je třeba si uvědomit, že i když se truchlení a deprese mohou na první pohled jevit podobně, důležité rozlišení spočívá v tom, že truchlení je dočasné a očekávané, zatímco deprese je stálým, pronikavým a závažným stavem. Jak rozlišit osobu, která má lehké depresivní symptomy a od osoby, která prochází truchlením? Je důležité si všimnout určitých klíčových znaků. Osoba truchlící za zesnulým obvykle trpí z důvodu reálné ztráty, která vyvolává hluboký smutek. Na rozdíl od toho, lidé se sklonem k depresi mohou ztratit schopnost prožívat jakoukoliv radost či uspokojení z činnostech, které je dříve bavily, bez zjevného vnějšího důvodu. (Vymětal 2003, s. 245-247)

5.2 Zármutek z dlouhodobého pohledu

Závěrečná etapa v procesu truchlení, která je obecně pojmenována jako reintegrace, reorganizace či fáze adaptace, probíhá pomaleji a je časem, kdy se jedinci postupně přizpůsobují nové realitě po ztrátě blízké osoby. Tento dlouhodobý proces přizpůsobování po perinatální ztrátě není tak intenzivní a pohlcující jako v okamžiku bezprostředně po ztrátě a s postupem času se u pozůstalých rodin začíná objevovat více pozitivních emocí. Smutek přichází v menší míře. Po půl roce, někdy až po dvou letech, začínají pozůstalí opět pociťovat větší chuť do života a mnozí se dokážou znovu plně zapojit do společenského života. Je to období, kdy začínají nalézat nový smysl v životě, i když vzpomínka na ztrátu zůstává v jejich srdcích, ale již je neomezuje ve snaze o nalezení cesty vpřed a obnovení plnohodnotného života. Proces truchlení není přímý a stálý, ale vyvíjí se v cyklické a vlnité dynamice. U některých žen může dojít po perinatální ztrátě k prohloubení citlivosti a zranitelnosti. Často vyjadřují, že pocit štěstí se zdá být vzdálený. Občas, když se jim zdá, že se všechno vrací do

normálu a že jsou schopny pokračovat ve svém životě s menší bolestí, objeví se neočekávaný okamžik nebo vzpomínka, která jim připomene jejich ztrátu, ať už při sledování televize nebo při setkání s něčím, co jim připomene jejich dítě. V tu chvíli cítí, že nejsou schopny plně prožívat radostné chvíle, které mohou být zatemněny smutkem. Tyto náhlé prožitky smutku mohou být intenzivní a mohou vést k obnově bolesti ztráty. Vyjádřené pocity a emoce spojené s pokračující vazbou na zemřelé dítě jsou patrné, když si rodiče v průběhu truchlení připomínají různá výročí a mezníky spojené se ztraceným dítětem. Příklady takových chviliek zahrnují dobu, kdy zjistili, že čekají dítě, první pohyby dítěte v břiše, první ultrazvukové vyšetření a přirozeně první výročí narození nebo úmrtí jejich miminka. Tito rodiče se neustále potýkají s uvědoměním si, jaký věk by jejich dítě mělo, kdyby bylo naživu, a srovnávají s dětmi svých přátel a známých. Smutek a pocit ztráty může trvat nekonečně dlouho a často nikdy úplně neustává. Perinatální ztráta není událost, ale můžeme ji spíše považovat za proces, který je nepředvídatelný a není omezen určitým časovým horizontem. Tato cesta smutku a zármutku, kterou rodiny podstupují, často přesahuje okamžiky přímého prožívání smutku a může ovlivňovat jedince v průběhu celého života, neboť jejich zkušenost s bolestí a ztrátou se může promítat do dalších životních situací a okamžiků. Rodina se musí vyrovnávat s hledáním nového smyslu života, zhodnocením svých očekávání a snů, a také s udržením a posílením partnerského vztahu. Pokud se ukáže, že tradiční způsoby zvládnutí smutku a žalu, které rodina používá, nejsou dostatečně účinné, mohou vzniknout komplikace, které mohou proces truchlení ještě více ztížit. Patří mezi ně traumatický stres, možné psychické poruchy, jako jsou deprese, úzkostné poruchy, nebo dokonce závislosti na alkoholu a léčivých přípravcích. Je možné, že kvalita života těch, kdo truchlí, se může značně snížit, mohou nastat rodinné, partnerské nebo pracovní komplikace, nebo může dojít ke ztrátě sociálních kontaktů a odstrižení se od okolního světa. Někteří jedinci mohou prožívat i hluboký pocit izolace a osamocení, který může vést k potřebě složité psychologické a lékařské péče. Podle výzkumů Bonanno a Kaltmanové z roku 2001 se zjistilo, že i když většina lidí truchlících po ztrátě dítěte (asi 85 %) postupně dosáhne úrovně psychické pohody, která je srovnatelná s jejich stavem před ztrátou, stále je tu procento (přibližně 15 %), které prožívá dlouhodobý žal, manifestující se formou chronického zármutku, deprese, úzkostných poruch nebo dokonce posttraumatických stresových poruch. Dlouhodobé důsledky zármutku, jako je úzkost a pocit nejistoty, mohou být významně závažné a mohou vyžadovat dlouhodobou psychologickou pomoc. Stejná studie také zdůraznila, že u žen, které zažily perinatální ztrátu, může být touha po dalším dítěti opětovně velmi silná a značně emocionální (Ratislavová 2016, s. 130-132).

5.3 Komplikované truchlení

Atypické formy zármutku jsou v zásadě stejné jako standardní reakce na ztrátu. Rozdíly mezi nimi spočívají primárně ve stupni intenzity emocí a v délce období, během kterého truchlení trvá, nikoliv nutně v samotném průběhu procesu truchlení. V souladu s teorií Lindemanna z roku 1944 je možné tyto odlišné projevy zármutku kategorizovat jako zpožděné reakce, kdy prožívání smutku je odloženo, nebo jako reakce zkreslené, což znamená, že projevy smutku jsou neobvyklé nebo nadměrné vzhledem k očekávanému projevu truchlení. Atypický zármutek může někdy vyžadovat speciální pozornost a přístup, neboť může mít za následek prodloužené nebo komplikované období zotavení, které zasahuje hlouběji do každodenního života a může výrazně ovlivnit celkovou schopnost jedince fungovat v běžných situacích. Reakce na úmrtí může někdy přijít s odstupem a jeví se tak, že se neprojevují okamžitě. Tyto zpožděné reakce na ztrátu mohou být různého druhu a mohou nastat po několika týdnech, měsících nebo dokonce letech. Pozůstalý se může na první pohled jevit jako by se se ztrátou vyrovnal a může působit na své okolí velmi přesvědčivě. Nicméně, často se stává, že v důsledku jiného stresujícího nebo obtížného životního okamžiku později zjistí, že původní trauma nebylo zpracováno nebo zcela překonáno. Takováto opožděná reakce může zásadním způsobem ovlivnit celkové fungování jedince a může dokonce zastavit normální tok jeho života bez adekvátní podpory či delší terapie. Co se týče zkreslených reakcí, můžeme se setkat s různými formami. Například hyperaktivní chování, kdy pozůstalý vyplňuje prázdnotu po ztrátě rozsáhlými aktivitami, jako je práce až do vyčerpání, což může být známé jako pracovní závislost nebo workoholismus. Na druhou stranu může být pozůstalý zahleděný do sebe, s projevy intenzivní apatie a nezájmu, což může vést k přetrvávajícímu odmítání reality situace. Dále se může vyvinout závislost na psychoaktivních látkách, jako jsou drogy nebo alkohol. Jak upozorňuje Špatenková ve své studii z roku 2013, taková zpožděná a zkreslená reakce může vést k psychosomatickému onemocnění. Zkreslené reakce mohou také mít dopad na sociální vztahy, kde se přetrvávající změny v chování vůči přátelům a rodině mohou projevit jako nepřátelství nebo dokonce nenávisť. Změny v interpersonálních interakcích a úpadku dřívějšího sociálního chování mohou vést k dlouhodobé izolaci a ústupu od kontaktu s okolím. Sekundárně se mohou vyvinout komplikace spojené s truchlením, které přechází do somatizačních nebo disociativních poruch, úzkostných stavů nebo fobií, což může mít za následek deprese a další duševní stavy. Významným aspektem péče je důkladná pozornost věnovaná individuálním potřebám pozůstalých, což zdůrazňuje Práško a kolektiv ve své studii z roku 2010, kde vyzdvihuje nezbytnost využívání klinických

metod a podpory, aby byly respektovány specifické potřeby jednotlivců, jejich životní příběhy a osobní zkušenosti s truchlením. Podle Kubíčkové existuje několik přístupů, které lze zvolit při diagnostice komplikovaného truchlení. Jedním z primárních kroků může být sebezpozorování a sebereflexe, kdy pozůstalý rozpozná potřebu a hledá odbornou psychologickou pomoc. Další situací, která si zaslouží pozornost, je okamžik, kdy zmínka o ztrátě nebo vzpomínka na ni (ať již krátce po úmrtí nebo i po delší době) vyvolá u pozůstalého silnou emocionální odezvu a intenzivní prožitky, které mohou být náročné zvládat bez pomoci. Je také důležité neopomenout rozpoznat a adresovat zvýšenou citlivost a zranitelnost jedince v reakci na životní události. Člověk, který byl dříve schopen čelit stresu bez zjevných potíží, může nyní najednou zjistit, že se s podobnými situacemi již nedokáže vyrovnat sám, což je příznakem, že truchlení má hlubší a trvalejší dopad na jeho psychický stav (Kupka 2014, s. 541-545).

5.4 Rozdílné truchlení matky a otce a vliv na jejich partnerský vztah

Zkušenost se ztrátou a procesem zármutku se může mezi partnery lišit, neboť každý člověk je jedinečný a reaguje podle své osobnosti, zkušeností a emocionálních vzorců, které vyvíjel po celý svůj život. Muži mohou být vnímáni jako ti, kteří zármutkem procházejí se zdánlivou silou a menší emocionálním projevem, zatímco ženy jsou často považovány za ty, které projevují smutek otevřeněji a emotivněji. Nicméně je to jen generalizace. Matky mohou cítit intenzivní spojení s nenarozeným dítětem už během těhotenství, což se může projevovat silnější emocionální reakcí na ztrátu, v důsledku fyzického vztahu a zážitků jako jsou první pohyby dítěte v břiše. Otcové, kteří tento fyzický aspekt nemohou sdílet, mohou zažívat ztrátu dítěte abstraktněji, což ovšem neznamená, že ztrátu necítí stejně hluboce. Po porodu se matka i otec mohou setkávat s odlišnými formami zármutku a způsoby zpracování emocí. Specifika otcovského zármutku byla podrobně zkoumána a popsána v odborné literatuře, například v díle Ratislavové (2008, s. 106), která uvádí, že muži mohou ve snaze chránit rodinu před další bolestí někdy potlačovat svůj zármutek. To může vést k odcizení od emocí nebo odmítání vnějšího projevu smutku, což však neznamená, že zármutek necítí. Mnohdy se otcové zaměřují na praktické a organizační aspekty situace, které je třeba řešit, jako je plánování pohřbu nebo sdělování zpráv o ztrátě rodině a blízkým. Proces zármutku tak může být pro některé muže více soukromou a vnitřně prožívanou zkušeností. V těchto citlivých časech je pro oba rodiče zásadní pochopení, podpora a respekt k jejich individuálním cestám zármutku, ať už se projevují jakkoliv odlišně. V kontextu zármutku a jeho zpracování se muži mohou setkávat s vnitřními konflikty různých sociálních rolí, jak podrobně

popisuje Ratislavová v již zmíněné studii z roku 2008. Tyto role zahrnují představu muže jako pilíře rodiny, který je považován za silnou a neochvějnou oporu. Muži se mohou cítit nuceni přijmout roli neohroženého ochránce, který by měl být schopen překonat veškeré obtíže a chránit svou rodinu před jakýmkoliv neštěstím, což vede k pocitům selhání, pokud se tak nestane. Dále existuje role muže jako soběstačného jedince, který se snaží udržet své emoce pod kontrolou a nepřipustí si vlastní kolaps, čímž může být pod tlakem neustálé potřeby být silný. Role muže-živitele je charakterizována potřebou finančně zabezpečit rodinu, což může být v čase emocionální krize obzvláště stresující. Tato pnutí mezi různými rolami mohou vést k emocionálnímu vyčerpání, nižší pracovní výkonnosti a prohloubení pocitů selhání. Je důležité, aby byly tyto sociálně konstruované role chápány jako část komplexního procesu, jímž muži procházejí, a ne jako přísná očekávání, která musejí splnit. Otevřená komunikace, empatie a podpora ze strany partnerů, rodiny, přátel a profesionálů může být mužům nápomocná v době, kdy hledají způsob, jak vyjádřit a zpracovat své emoce. Uznání a akceptace široké škály reakcí na ztrátu je klíčové pro efektivní zpracování zármutku a pro postupný návrat k emocionální stabilitě a odolnosti. Ztráta dítěte může mít podstatný dopad na dynamiku vztahu mezi partnery, jak je zdůrazněno v pracích psychologů, jako je Davis. V některých případech tato tragédie spojí partnery ještě více, neboť společně sdílejí smutek a posilují vzájemnou důvěru a soudržnost, zatímco u jiných párů může vést k emocionálnímu vzdálení a prohlubování existujících rozporů. Pro některé může být smrt dítěte katalyzátorem, který spustí řetězec událostí vedoucích k rozvázání již tak napjatých vztahových pout. Adaptace a přijetí nového stavu po takové ztrátě může vyžadovat čas a může být komplikováno pocity frustrace a vzájemné neschopnosti být pro druhého oporou v období zármutku. Enkin (1998, s. 175) podotýká, že proces zármutku může být pro jednoho z partnerů zvláště náročný, pokud se druhý partner uzavře do sebe a nedokáže nabídnout potřebnou emoční podporu. Reakce jednoho partnera, jako je hněv, hluboký smutek nebo stažení se do sebe, může být pro druhého v dané chvíli náročná a může vést k emocionálním vzdálením. Scénáře reakcí se mohou lišit; matka může být zahleděná do vzpomínek na dítě a cítit potřebu si uchovat jeho památku, zatímco otec může svůj smutek potlačovat, možná ve snaze zabránit nezvládnutí emocí nebo ze strachu zapomenout na ztrátu. Ratislavová (2008, s. 100) upozorňuje, že otci mohou čelit vlastním vnitřním konfliktům a stresům, které mohou zahrnovat strach z toho, že partnerka nedokáže ztrátu překonat a že by se mohla cítit osamělá ve svém smutku. V období po ztrátě je nezbytné, aby se partneři podporovali a poskytovali si dostatečný prostor a čas pro osobní zpracování zármutku, stejně jako pro vzájemné sdílení emocí a posilování svého vztahu. Je běžné, že když jeden partner prochází obdobím hlubokého

zářmutku, může druhý rodič potlačovat své pocity, aby udržel běžný rytmus domácnosti a staral se o potřeby zbylých členů rodiny. Zvláštní úskalí představuje střídání emocí mezi partnery, které může zahrnovat vzájemné pocity hněvu, výčitek nebo pocitu izolace. Tera-
peutická praxe ukazuje, že pro udržení vyrovnaného vztahu je klíčové umožnit oběma part-
nerům projevit emoce vlastním tempem bez vzájemného odsuzování či tlaku. Davisová
(1996, s. 120) doporučuje párům, aby se navzájem podporovali ve svých individuálních re-
akcích na ztrátu a respektovali rozdílné způsoby, jakými tyto emoce prožívají a vyjadřují. V
těchto chvílích je důležité, aby rodiče měli prostor pro své osobní zkušenosti zářmutku bez
pocitu, že by jejich reakce byly chybné nebo neadekvátní. Proces zpracování zářmutku je
složitý a mnohostranný, odrážející jedinečnost každého rodiče a jedinečnost jejich vztahu k
dítěti, které ztratili. Vzájemná tolerance a porozumění mezi partnery může být cenným zá-
kladem pro uzdravení a návrat k plnohodnotnému životu po obrovské ztrátě (Takács, Sobot-
ková, Šulová a kol. 2015, s. 142-145).

5.5 Truchlení sourozenců

U dětí může být proces zářmutku obtížný k identifikaci kvůli různorodosti jejich
emocionálních projevů a chování. Přirozené a nekomplikované způsoby, jakými děti reagují
na ztrátu, mohou být zaměněny za reakce atypické, které by mohly vyžadovat další pozor-
nost nebo odbornou pomoc. Některé z těchto atypických reakcí mohou zahrnovat chování
nebo reakce na ztrátu, které se vymykají běžným očekáváním a které mohou vyžadovat spe-
ciální péči a přístup. Takové reakce u dětí mohou být odložené nebo zkreslené, což znamená,
že projev zářmutku nenastupuje ihned po ztrátě nebo je vyjádřen na atypické úrovni intenzity
nebo délky. Chování a reakce dětí mnohdy bývá jiná, než by dospělí mohli očekávat, tyto
reakce ovšem mohou být zcela normální vzhledem k dané ztrátě. Je nutné jim vysvětlit, že
je zcela v pořádku nebýt v pořádku, když se něco takového přihodí. U dětí můžeme často
pozorovat, že na ztrátu mohou reagovat opožděně, což znamená, že projevy zářmutku se
neobjevují ihned, ale mohou se objevit postupně, jak se děti snaží vyrovnat s realitou ztráty.
Toto může být zvláště zjevné, když děti začnou vykazovat změny ve svém chování nebo
když se potýkají s významnými životními událostmi, které jim připomínají ztrátu. Zkreslené
reakce na ztrátu u dětí mohou být projevem nadměrného smutku, úzkosti nebo dokonce so-
ciálního ústupu, které mohou vést k potřebě odborné intervence nebo dlouhodobější terapie.
Není možné stanovit jednotný časový rámec pro normální průběh zářmutku, proto je třeba
zvážit individuální reakce dětí a poskytovat jim prostor pro prožívání a vyjádření svých

emocí vlastním tempem. Některé děti mohou potřebovat více času, aby se vyrovnaly se ztrátou, zatímco jiné mohou začít projevovat reakce na ztrátu až po určité době. V obou případech je zásadní, aby se děti cítily v bezpečí. Mýtus, že děti a dospívající překonávají ztrátu rychleji než dospělí, je široce rozšířený a neopodstatněný. Toto nesprávné přesvědčení ignoruje realitu, že zpracovávání zármutku u mladších jedinců často zůstává přehlíženo či podceňováno. Dětem není věnována dostatečná pozornost, aby mohly vyjádřit svůj zármutek a zpracovat své pocity. To může mít za následek, že se u nich začnou vyvíjet úzkostné nebo depresivní symptomy. Je zásadní, aby dospělí byli vůči emocionálním potřebám dětí pozornější a poskytovali jim prostor a podporu pro vyjadřování a zpracování jejich smutku, což může vést k lepšímu emočnímu uzdravení a prevenci vzniku dlouhodobých psychických potíží. Děti prožívající ztrátu mohou čelit hlubokým obavám a intenzivním strachům, které mohou sahát až k úzkosti či panickým reakcím. Často se mohou obávat o bezpečnost dalších blízkých a mít iracionální strach ztratit další důležité osoby ve svém životě. Mohou se například ptát, co by se stalo, kdyby ztratili dalšího milovaného člena rodiny („Mami, umřeš taky“). Tento strach může být ještě umocněn, pokud dítě vidí, že dospělí, kteří by měli poskytovat pocit bezpečí, jsou také zranitelní a v zármutku. Děti si mohou být vědomé konečnosti života a mít obavy, že budou opuštěny nebo že se něco stane dalším členům rodiny, což může vést k neustálým dotazům na zabezpečení a ujištění, že ostatní jsou v pořádku. Tyto obavy se mohou proměnit v nepřiměřenou potřebu být neustále v kontaktu s důležitými osobami v jejich životech a strach z opuštění. Opuštěnost a osamělost mohou být zdrojem velkého úzkosti, neboť je pro děti obzvláště obtížné pochopit a vyrovnat se s těmito pocity. Tyto obavy mohou vyvolat potřebu dětí neustále zjišťovat, kde se jejich blízcí nacházejí, a potřebu ujištění, že jsou v bezpečí a nezmizí. Důležité je, aby dospělí v okolí dětí, které prožívají ztrátu, poskytovali stabilní a důvěryhodné prostředí, ve kterém mohou děti sdílet své obavy a získat potřebné ujištění. Také by měli být vůči dětem empatický, s pochopením a reagovat na jejich obavy a strach. To zahrnuje poskytování konzistentního a pravdivého informování o situacích, které je obklopují, a nabízení podpory, aby se mohly cítit bezpečně ve světě, který se může zdát nejistý a děsivý. Uklidňující pro děti mohou být každodenní rituály (čtení pohádek, povídání, mazlení atd.). Mohou jít spát s pocitem, že rodiče jsou stále s nimi a budou zde i po probuzení. Proces zármutku u dětí není stejný jako u dospělých. V jistém smyslu, některé děti mohou reagovat na ztrátu s výrazným projevem emocí, jako je pláč, zatímco jiné mohou tuto smuteční emoci potlačovat a neplakat, což nemusí nutně znamenat, že smutek necítí. Některé děti se mohou jevit velmi klidné a na vnějšek nedotčené,

ale ve skutečnosti prožívají hluboký vnitřní zármutek, který mohou projevovat jinými způsoby, jako je například hra nebo změny v chování. Veškeré tyto reakce jsou přirozené a adekvátní a měly by být respektovány a uznány jako platné. Truchlení představuje hluboce individuální zkušenost, a tak je třeba přistupovat ke každému zarmoucenému dítěti s porozuměním a uznáním jeho osobitého způsobu vyjadřování emocí. Děti mohou také měnit svůj každodenní rytmus, projevovat nesoustředěnost ve škole nebo při domácích úkolech a ztrácet zájem o činnosti, které je dříve bavily. Často jsou znát změny v jejich spánku, mohou se častěji probouzet nebo mít potíže s usínáním. Objevují se situace, kdy děti nemusí projevovat přímou závislost na pozůstalých dospělých, ale mohou vykazovat nepředvídatelné změny v náladách a chování, jako je například neradostné hraní si nebo náhlé ztráty koncentrace při hře. Může také docházet k tomu, že děti se stávají hypochondrickými, věnují nadměrnou pozornost vlastnímu zdraví nebo zdraví svých blízkých. Toto chování je většinou odrazem nejistoty a obav ztráty dalších blízkých, které jsou běžné u dětí prožívajících zármutek. Tyto znaky jsou varovným signálem, který si vyžaduje pozornost a možnou intervenci odborníka (Špatenková, Friedlová 2024, s. 9-11, 45-53).

5.6 Krizová intervence u pozůstalých

Lidé prožívající ztrátu často hledají podporu a pomoc k tomu, aby mohli správně zpracovat svůj zármutek. Přirozeně by první podpůrnou sítí měla být rodina, přátelé, blízcí příbuzní a známí. V dnešní době se ale mnohdy ukazuje, že tradiční podpůrné systémy, které byly ve společnosti považovány za pilíře, selhávají a nedokáží plně vyhovět potřebám truchlících, což je někdy způsobeno i větší otevřeností a anonymitou jiných prostředí. Truchlíci jednotlivci pak mohou hledat pomoc a útěchu ve skupinách mimo tento tradiční kruh, kde je pro ně jednodušší a přirozenější mluvit o svých problémech, které zasahují do jejich osobní integrity a identity. Využívají služby krizové intervence, kde se setkají s odborníky, kteří jsou speciálně vyškoleni pro tuto situaci. Základ krizové intervence spočívá ve vytváření rychlého kontaktu s osobou truchlící a vytvoření prostředí a atmosféry, které jsou vhodné pro rozhovor a které napomáhají vyjádření a ventilaci emocí spojených se ztrátou. V této citlivé fázi intervence je emocionální podpora klíčová a hraje zásadní roli ve fázi, kdy truchlíci potřebují podporu pro vyrovnání se se ztrátou. Emocionální podpora je neocenitelná a vede k tomu, aby truchlíci měli možnost hovořit o svých pocitech, a to v bezpečném a podpůrném prostředí, kde se cítí slyšeni a porozuměni. Pokusy o útěchu nebo nabízení rad, které neberou v úvahu hloubku a individualitu zármutku, mohou být kontraproduktivní a vnímány jako nedostatečné či dokonce neúčinné. Fráze jako "Oklepej se, máš důvody proč žít" nebo

"Musíš být silný/silná" a další podobné povzbuzující, ale povrchní pokusy o motivaci mohou působit neempaticky a zlehčovat pocity pozůstalých. Stejně tak může působit fráze "Vzmuž se trochu," která implicitně naznačuje, že současný stav pozůstalého je nevhodný či neakceptovatelný. Výroky jako "Jsi stále mladý/mladá" nebo "Čas všechny rány zahojí" často zaznívají prázdňe a mohou vést k pocitu nepochopení a izolace. Příkaz "Měj se rád/ráda a dívej se dopředu" může být zvláště obtížné přijmout, když se jedinec snaží vyrovnat se ztrátou a není připraven na pohled do budoucnosti. Komunikace s těmi, kdo procházejí truchlením, může být ztížena otázkami jako "Jak se cítíš?" nebo "Co od tebe mohu očekávat?", které mohou být vnímány jako požadavky na rychlé a jednoduché odpovědi, zatímco emoce a pocity pozůstalých jsou často složité a nemohou být vyjádřeny ve stručných nebo jednoznačných termínech. Tyto otázky mohou vést k pocitu tlaku, aby se pozůstalí vyjádřili nebo dokonce obhajovali svůj zármutek. Emocionální podpora a projevy soucitu by měly být nabízeny s vědomím jedinečné situace, s respektem k osobnímu způsobu zpracování zármutku, s pokorou a citlivostí, která umožňuje pozůstalým projevit své pocity v bezpečném a podpůrném prostředí. V rámci projevu soucitu a nabídky podpory můžeme použít citlivější a empatictější fráze, které dávají najevo naši ochotu poskytnout bezpečný prostor pro vyjádření pocitů. Výrazy jako "Soucítím s vámi" nebo "Sdílím s vámi vaše pocity" mohou pozůstalým ukázat, že jejich smutek je rozpoznán a validní. Když se ptáme "Jak zvládáte všechny tyto změny a výzvy?", ukazujeme zájem o jejich způsob vyrovnávání se se situací, místo toho, abychom jim radili nebo nabízeli rychlá řešení. Přiznat nejistotu situace s větou "Ne vím, proč se to stalo, ale jsem zde pro vás" může pomoci vytvořit prostor pro sdílení a prozkoumání pocitů bez tlaku na poskytování odpovědi nebo vysvětlení. Když říkáme "Jsem tu připravený poslouchat", poskytujeme ujištění, že jsme připraveni být přítomni a naslouchat, bez toho, aby bylo nutné okamžitě reagovat nebo řešit problém. Otázka "Představuji si, že to musí být velmi obtížné. Co považujete za nejtěžší část vašeho zážitku?" umožňuje člověku rozbalit své pocity a možná identifikovat konkrétní aspekty svého žalu, které potřebuje probrat nebo prozkoumat podrobněji. Fráze "Jak vám mohu být nápomocný?" je pozvánkou k tomu, aby pozůstalí sdíleli, v čem cítí, že potřebují podporu, a to může být činnostní, emocionální nebo i praktická pomoc. Připomenutí, že "Je dobré, že jste vyhledali pomoc." je uznáním jejich kroku hledání podpory a povzbuzení pro další kroky k uzdravení. Takovéto typy komunikace a vyjádření jsou nesmírně důležité v kontextu poskytování pomoci a podpory lidem procházejícím zármutkem, protože pomáhají vytvářet prostředí, kde se mohou cítit slyšeni, porozuměni a neposuzováni. Zásadní dovedností pro ty, kdo poskytují podporu

lidem v zármutku, je schopnost empatie a plné přítomnosti při naslouchání. Je důležité vytvořit prostor, ve kterém se pozůstalí cítí skutečně vyslyšeni, což může být výzvou, proto je zde několik směrnic pro efektivní podporu:

- Věnujte pozůstalým dostatek času a pozornosti. Nechte si na konverzaci dostatečně volného času tak, aby se mohli vyjádřit bez pocitu spěchu.
- Při interakci buďte trpěliví, empatičtí a vnímaví k emocím, které pozůstalý prožívá.
- Vcítte se do situace pozůstalého, představte si sebe na jeho místě a pokuste se chápat jeho pocity.
- Kladte otázky, které umožní rozvinout rozhovor, nikoliv pouze jednoduché otázky vyžadující odpověď ano nebo ne.
- Vyvarujte se poskytování nevyžádaných rad, namísto toho se pokuste najít řešení společně s pozůstalým.
- Zkuste se vyhnout soudům a hodnocení emocí, které pozůstalý cítí.
- Nedovolte, aby byl pozůstalý ve svém vyjádření přerušován, a nevnucujte se do konverzace, nechte mluvit především jeho.
- Používejte fráze, které ukazují, že nasloucháte – například „rozumím“, „ano“, „chápu“ a „pak jste cítil...“.
- Umožněte tichu stát se součástí konverzace, což může být stejně výmluvné jako slova.
- Místo toho, abyste hledali slova, je často užitečnější prostě naslouchat bez předsudků.
- Nabídněte jistotu, že to, co pozůstalý dělá, je vše, co je v jeho možnostech, a že nese svou situaci statečně.
- Podporujte pozůstalého v jeho postupném směřování k obnovení běžných aktivit a zájmů, když je na to připraven.

Klíčovým prvkem práce s pozůstalými je koncentrace na jejich osobní pocity, ujistit je, že jejich emocionální projevy jsou přirozené a očekávané. Je důležité, aby se pozůstalí

cítili akceptováni ve svém zármutku, a to veškerými emocemi, které s tím souvisí (Špatenková a kol. 2017, s. 676-681).

5.7 Kde hledat pomoc

Lze se obrátit na řadu služeb a profesionálů, kteří jsou připraveni nabídnout potřebnou asistenci. Jednou z možností je kontaktní bod pro rodiče v podobě porodní asistentky, která poskytuje podporu během těhotenství a porodu, a kterou lze najít prostřednictvím Unie porodních asistentek nebo České komory porodních asistentek, kde lze najít seznam kontaktů a informací relevantních pro vaši oblast. Pro medicínskou péči je klíčové kontaktovat vašeho obvodního lékaře nebo specializované zdravotnické zařízení, kde je možné získat profesionální zdravotní péči a poradenství. Psychologickou podporu mohou nabídnout specializované poradny nebo psychologické služby. Pro ty, kdo procházejí ztrátou blízké osoby, existují různé poradenské služby pro pozůstalé, které mohou působit v místních nemocnicích nebo v hospicích, kde zkušené pracovníci nabízejí srozumění a zkušenosti s touto specifickou životní situací. Všechny tyto služby a kontakty jsou zpřístupněny s cílem poskytnout co nejvíce aktualizovaných a relevantních informací pro ty, kteří se potýkají s náročnou životní situací a hledají pomoc. K dispozici je rovněž online platforma perinatalnihospic.cz, která slouží jako prostředník těchto zdrojů a doporučení. Organizace jako "Praždná kolébka je příkladem specifické podpory nabízené rodičům, jejichž dítě zemřelo před porodem nebo krátce po něm, a poskytuje pomoc prostřednictvím svých webových stránek prazdnakolebka.cz. Je zásadní, že tyto poskytovatelé pomoci a podpory jsou snadno dostupní pro ty, kteří potřebují asistenci, a že mají zpřístupněné široké spektrum služeb odpovídajících individuálním potřebám a situacím. Je důležité, aby tyto zdroje byly dostupné, aby osoby procházející zármutkem nebyly ponechány samy bez potřebné opory a porozumění, které mohou být v takových chvílích klíčové. Kromě již zmíněných zdrojů pomoci a podpory, sdružení Dlouhá cesta poskytuje široký seznam kontaktů a zdrojů, které mohou být nesmírně užitečné pro ty, kteří hledají podporu v obtížných časech. Více o nabídce pomoci lze zjistit na webovém portálu www.dlouhacesta.cz/kontakty-a-informace/. Dále se nabízí služby sdružení TOBIT, které se specializuje na poskytování rad a podpory při přípravě pohřbu dětí zemřelých před narozením. Jejich pomoc je k dispozici na adrese <http://tobit.cz/>, kde se rodiny a pozůstalí mohou dozvědět o specifické podpoře a službách, které mohou v těchto citlivých situacích ocenit. Nadační fond Klíček rovněž nabízí individuální pomoc a podporu rodinám po ztrátě dítěte, a to jak v krátkodobém, tak i v dlouhodobém časovém rámci. Tato

organizace je připravena poskytovat specifickou péči a asistenci prostřednictvím www.klicek.org, což umožňuje rodinám a jednotlivcům přístup k široké škále zdrojů a terapeutických služeb. Pro ty, kdo preferují sdílení a podporu v online prostředí, webové stránky jako www.nenarozenemininko.cz a www.anjeliky.sk nabízejí virtuální komunity, kde mohou zůstatí nalézt útěchu, sdílet své příběhy a navázat spojení s ostatními, kteří si prošli podobným zármutkem. Tyto platformy poskytují cenný prostor pro výměnu zkušeností a posilování, které mohou být v procesu zotavení a zpracování zármutku nezbytné. Je důležité, aby byly tyto informace a kontakty snadno dostupné a aby byla poskytnuta široká paleta podpůrných služeb, které mohou rodinám v těžkých chvílích poskytnout nutné porozumění a pomoc. Rozsah a dostupnost těchto zdrojů zajišťují, že každý, kdo prochází smutkem, má příležitost nalézt podporu a pochopení přizpůsobené svým jedinečným potřebám a okolnostem. Pro ty, kdo se ocitli v krizové situaci a potřebují okamžitou pomoc nebo radu, existují krizové linky. Tyto linky poskytují anonymní a okamžitou podporu těm, kdo se cítí ohroženi, jsou v situaci akutního stresu nebo potřebují naléhavou psychologickou podporu. Seznam těchto krizových linek lze najít na webu krizova-pomoc.cz, který zahrnuje kontakty na celou řadu služeb nabízejících speciální podporu pro různé situace a cílové skupiny. Je důležité, aby veřejnost měla vědomost o existenci těchto zdrojů, které mohou nabídnout bezpečné útočiště a odbornou podporu v časech, kdy je to nejvíce potřeba. Poskytování takovéto podpory představuje klíčový prvek sociální péče a ochrany ve společnosti, který zajišťuje, že nikdo není ponechán bez pomoci v situacích, kdy je každá vteřina kritická (Pazdera 2017, s. 18-20).

PRAKTICKÁ ČÁST

6 FORMULACE PROBLÉMU

Bakalářská práce se zabývá perinatální ztrátou a zkušenostmi žen s touto událostí. Perinatální ztrátou rozumíme úmrtí dítěte během období okolo porodu, jež je spojen s hlubokým a variabilním spektrem emocí prožívaných blízkými, včetně pocitů smutku, bezmoci, různé intenzity a myšlenkami na zesnulé dítě. Zpracovávání této ztráty není uniformní zkušeností, neboť se odvíjí od okolností ztráty a je výsledkem složité interakce osobních a sociálních faktorů, často propletených s převládajícími kulturními normami a zvyklostmi. Každoročně se v České republice potýká s perinatální ztrátou přibližně 450 rodin, přičemž dopad tohoto tragického úmrtí na psychiku ženy, jakož i na celkové rodinné prostředí, může být zásadní a dlouhotrvající. V době po ztrátě se matka může ocitnout ve stavu hlubokého zármutku pocitující žal. Často jsou matky po ztrátě vystaveny pocitu prázdnoty, známé jako "prázdne náruče". Dlouhodobé následky perinatální ztráty mohou zahrnovat mnoho negativních duševních stavů včetně depresí, úzkosti, obsedantně-kompulzivního chování, sebevražedných tendencí, pocitu viny, zvyšující se izolace či osamělosti se zármutkem, stejně jako zvyšující se riziko užívání návykových látek a rozpad manželských či partnerských vztahů, až po výskyt psychosomatických potíží a posttraumatických stresových poruch (Ratislavová, 2016, s. 13). V oblasti perinatální péče je perinatální úmrtnost považována za jeden z hlavních ukazatelů kvality zdravotní péče a smrt dítěte je často spojena s otázkami, zda nebylo možné úmrtí předvídat či zabránit. Pro zdravotníky představuje taková situace náročnou výzvu v komunikaci s pozůstalými rodiči, kteří zažívají hluboký zármutek. Udržování profesionálního, avšak empatického přístupu, který respektuje potřebu podpory a soucitu, při zachování potřebného odstupu, je v těchto momentech kriticky důležité (Takács, Sobotková, Šulová a kol. 2015, s. 141).

Volba tématu perinatální ztráty pro naše zkoumání a analýzu pramení z pozorování, že kvůli značnému pokroku a vysokému standardu zdravotní péče v současné společnosti mnozí z nás již nejsou zvyklí čelit realitě úmrtí dětí. Tato tragická událost, ač bohužel stále existující, se zdá být v moderním světě odsunuta na okraj veřejného zájmu a společnost tak často pocítuje nedostatek povědomí o tomto hluboce osobním a bolestivém zážitku. Není obvyklé, že by se o této problematice vedla širší veřejná diskuse, což může mít za následek,

že veřejnost není řádně informována, nebo si není vědoma, jaký dopad může ztráta novorozence mít na zasaženou rodinu. V důsledku toho může docházet ke komunikačním bariérám, kdy se okolí necítí vybaveno správnými slovy či činy, aby mohlo tyto rodiny adekvátně podpořit. Máme tendenci vytěšňovat myšlenky na smrt a ztrátu, zejména když jde o tak mladé a křehké životy, a proto se mnohdy jeví jako tabu. Klademe si tedy otázku: **Jaké jsou prožitky a zkušenosti žen s perinatální ztrátou?**

7 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

7.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem bakalářské práce je zjistit, jaké mají ženy prožitky a zkušenosti s perinatální ztrátou.

7.2 Dílčí cíle a výzkumné otázky

1. Zjistit, jaký byl průběh těhotenství.
 - Probíhalo těhotenství fyziologicky?
 - Pociťovala žena během těhotenství potíže související s ním?
 - Jakým způsobem žena podporovala fyziologický průběh těhotenství?
2. Zjistit, jaký byl průběh porodu.
 - Kdy a jak porod začal?
 - Rodila žena vaginálně či císařským řezem?
 - Jak probíhala I. a II. doba porodní?
3. Zjistit, jak byla porodnice připravena na perinatální ztrátu.
 - Jak probíhala komunikace mezi ženou a personálem porodnice?
 - Byla žena v péči PAS či lékaře?
 - Jakým způsobem porodnice zprostředkovala rozloučení matky s dítětem?
 - Umožnila porodnice vytvoření upomínkového předmětu?
 - Byl v porodnici k dispozici zdravotnický pracovník vyškolený k poskytování psychické podpory?
4. Popsat, jakým způsobem se žena s perinatální ztrátou vyrovnávala
 - Jak se žena s dítětem rozloučila?
 - Jakým způsobem pomohl partner ženě se vyrovnat se ztrátou dítěte?
 - Jaké metody pomohly ženě se s touto ztrátou vyrovnat?
5. Zjistit, zda žena vyhledala odbornou či laickou pomoc v rámci psychické podpory.
 - Pokud ano:
 - Jakou pomoc vyhledala?
 - Po jaké době od perinatální ztráty tuto pomoc vyhledala?
 - Jaké jsou výsledky odborné či laické pomoci?

- Pokud ne:
Proč žena nevyužila odborné či laické pomoci?
6. Zjistit, jak ovlivnila perinatální ztráta život ženy.
- Měla žena po perinatální ztrátě další děti?
 - Změnila ztráta dítěte partnerský vztah ženy?
 - Změnila tato událost pracovní a společenský život ženy?
 - Jak vnímá žena tuto událost s odstupem času?

8 METODIKA PRÁCE

V souvislosti s nastavenými cíli a výzkumnými otázkami byl pro praktickou část této bakalářské práce zvolen kvalitativní výzkum. Tento přístup jsem upřednostnila před kvantitativní metodologií, protože kvalitativní výzkum poskytuje hlubší porozumění prozkoumávaným tématům, což je vhodné zejména pro exploraci komplexních nebo méně strukturovaných jevů, které se vyskytují v sociálních nebo lidských vědách.

Neexistuje jediný obecně uznávaný způsob, jak vymezit nebo provádět kvalitativní výzkum. Významný metodolog Creswell (1998, s. 12) in Hendl (2005, s. 5) definoval kvalitativní výzkum takto:

„Kvalitativní výzkum je 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.“

Cílem je prozkoumat zkušenost participantek s perinatální ztrátou do hloubky, proto jsem zvolili případovou studii. Byla využita kombinace metod sběru dat:

- **Polostrukturovaný rozhovor**

Rozhovor byl zvolen jako hlavní metodou sběru dat. Délka rozhovorů se pohybovala mezi 60-90 minuty. Okruhy rozhovoru vycházely z jednotlivých dílčích cílů. Tyto okruhy k rozhovoru jsou k dispozici v příloze práce. Po podepsání informovaného souhlasu (nevyplněný dostupný v příloze) participantkami jsem si celý rozhovor nahrávala a následně přepsala do elektronické podoby pomocí MS Word.

- **Pozorování**

Tuto metodu jsem zvolila jako doplňkovou metodu sběru dat. Pozorování probíhalo souběžně s rozhovorem a se souhlasem participantek. Zapisovala jsem jakékoli projevy chování a výraznou gestikulaci

9 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Pro účely naší bakalářské práce byl výběr participantek zcela záměrný a byl proveden s velkou pečlivostí, aby zajistil relevantnost a kvalitu získaných informací. Účastnice studie byly pečlivě vybrány na základě specifických kritérií:

Prvním z těchto kritérií bylo, že k perinatální ztrátě došlo buď ve třetím trimestru těhotenství, v průběhu porodu, nebo v období sedmi dnů po porodu.

Druhým kritériem bylo časové omezení mezi perinatální ztrátou a současností, které nesmělo přesáhnout 10 let. Toto omezení bylo stanoveno za účelem zajištění aktuálnosti a relevance sdílených informací, stejně jako pro zkoumání dlouhodobých psychologických důsledků ztráty.

Poslední, ale neméně důležitým požadavkem byla ochota žen podělit se o svoji intenzivní, osobní a často traumatickou zkušenost. Tato otevřenost a schopnost popsat vlastního prožitku je klíčová pro hloubku a pravdivost, neboť umožňuje hlubší porozumění emočním procesům, kterými ženy procházejí, a nabízí nahlédnutí do různorodých způsobů, jakými se s perinatální ztrátou vyrovnávají.

Participantka A

Participantku A jsem oslovila v říjnu roku 2022 prostřednictvím její dcery. Ženě je 43 let a perinatální ztrátu prožila před šesti lety, přičemž její dítě přišlo na svět ve 38. týdnu těhotenství. Byl to její druhý porod s patnáctiletým odstupem od prvního porodu. Spolupráce s touto ženou, i přes velice smutné a těžké téma, byla velice příjemná díky její vstřícné povaze.

Participantka B

V případě participantky B jsem ji kontaktovala až v březnu roku 2024, a to díky doporučení od jedné z jejích známých. Navzdory jejímu nabitému rozvrhu se mi věnovala s velkou ochotou. Ženě je 37 let a pracuje jako porodní asistentka na porodním sále. Perinatální ztrátu prožila před téměř osmi lety, přičemž její dítě se narodilo ve 38. týdnu těhotenství. Opět bych ráda zmínila, že i přes velice obtížné téma perinatální ztráty byla participantka velice vstřícná a sdílná.

Obě participantky byly ujistěny o anonymitě výzkumu a dobrovolně podepsaly informovaný souhlas. V rámci ochrany osobních údajů byl k práci přiložen prázdný informovaný souhlas.

10 ORGANIZACE VÝZKUMU

První participantka byla oslovena v říjnu roku 2022 a úspěšně se účastnila tohoto výzkumu. Druhá participantka, se kterou jsem byla domluvena na účasti již od září roku 2023, se na počátku března roku 2024 rozhodla, že z osobních důvodů ve výzkumu participovat nebude. Její rozhodnutí se projevilo týden po dohodnutém termínu schůzky, což mě postavilo před náhlou potřebou najít náhradu. Během své odborné praxe na porodním sále jsem se setkala s ženou, kterou taktéž potkala perinatální ztráta. Po získání jejího kontaktu jsem ji oslovila, zda by neměla zájem o účast v tomto výzkumu. Nicméně s politováním jsem přijala její rozhodnutí neparticipovat ve studii, protože bolestné vzpomínky na perinatální ztrátu, která se udála před rokem, a současný život s novým dítětem byly pro ni stále velmi čerstvé a emotivně náročné. Byla to pro ni příliš citlivá záležitost, aby byla schopna o ní otevřeně hovořit. V reakci na její situaci jsem se rozhodla poskytnout jí informace o neziskových organizacích a podpůrných skupinách, které nabízejí pomoc ženám zasaženým perinatální ztrátou. Zároveň jsem jí nabídla možnost, že se může v případě potřeby obrátit i na mě. Nakonec se mi podařilo navázat kontakt s další vhodnou účastnicí prostřednictvím doporučení jedné známé. Tato žena, pracující jako porodní asistentka, také prožila perinatální ztrátu. Ačkoli byla v období, kdy byl její rozvrh náročný a naplněný mnoha povinnostmi, projevila ochotu a vynaložila úsilí, aby se mohla zúčastnit našeho výzkumu.

Participantka A

Výzkum se uskutečnil v kavárně vybrané ženou v místě jejího bydliště. První a jediné setkání proběhlo osobně na začátku března roku 2024, které trvalo zhruba 90 minut. Participantka byla ihned na úvod informovaná o cílech a způsobu sběru dat výzkumu. Po uvedení do problematiky, participantka podepsala informovaný souhlas (vzor v příloze). Bylo důležité zajistit, aby se participantka cítila během rozhovoru bezpečně a komfortně, a proto jsem jí sdělila, že má plnou kontrolu nad průběhem rozhovoru. Vyjasnila jsem, že je zcela v jejím rozhodnutí, jestli se rozhodne diskutovat či nerozvádět určité tematicky, které by pro ni mohly být citlivé nebo nepříjemné. Zároveň jsem ji ujistila, že má vždy možnost rozhovor předčasně ukončit, pokud by pocítila nadměrnou emoční zátěž nebo by se v danou chvíli necítila příjemně. Chtěla jsme ji podpořit v tom, že je v pořádku přerušit dialog kdykoli, bez jakéhokoli vysvětlování nebo pocitu viny, a že respektuji její emoce a psychické pohodlí nad rámec výzkumných zájmů.

Participantka B

Výzkum se uskutečnil ke konci března roku 2024 online formou prostřednictvím aplikace Messenger. Rozhovor byl veden přibližně 60 minut. Stejně jako Participantka A, byla tato žena informovaná o cílech tohoto výzkumu a taktéž podepsala informovaný souhlas. I tentokrát jsem ženě dala kontrolu nad rozhovorem a možností ho ukončit, kdykoli uzná ona za vhodné.

11 ZPRACOVÁNÍ DAT

Obě participantky souhlasily, že si můžu rozhovor nahrávat na diktafon. Souběžně jsem si pomocí metody pozorování poznamenávala reakce a prožívání žen v danou chvíli. Následně jsem si poté rozhovory přehrávala a přepisovala do programu MS Word. Provedla jsem podrobnou obsahovou analýzu textu. Okódovala jsme témata, která se vztahovala k jednotlivým výzkumným cílům, resp. kategoriím. Všechna jména zdravotníků a porodnic jsem anonymizovala.

9 PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

9.1 Období těhotenství

9.1.1 Plánované/neplánované těhotenství

Obě ženy sdílely, že cesta k otěhotnění pro ně nebyla snadná, a proto prožívaly z těhotenství obrovskou radost.

Participantka A očekávala své druhé dítě, přičemž od prvního těhotenství uběhlo 15 let: „...prostě to bylo **velký překvapení**, bylo to vymodlený.“

Participantka B očekávala taktéž své druhé dítě, přičemž již měla pětiletého syna. Při snaze o otěhotnění musela žena podstoupit IVF léčbu: „*Tak těhotenství to bylo **plánovaný**, po nějakých teda i pokusech o stimulaci. Byla to taková **řízená ovulace**, řízené cykly.*“

9.1.2 Průběh těhotenství, Pocity, Příprava na porod

Průběh těhotenství u obou účastnic se značně odlišoval. Zatímco jedna z nich prožívala těhotenství fyziologické a bez komplikací, druhá čelila potížím již od jeho začátku. Komplikace, které se objevily v průběhu těhotenství, vedly k perinatální ztrátě.

Participantka A během těhotenství nepocítovala žádné potíže, dokonce probíhalo lépe, než to první. Během prvního těhotenství měla gestační diabetes. S tím se však v tomto těhotenství nemusela potýkat. Žena nepodnikla žádné zvláštní kroky k přípravě na porod a neupravila svůj životní styl, stejně jako tomu bylo během jejího prvního těhotenství.: „*V pořádku. **Žádný problém jsem neměla**. Chodila jsem na pravidelné prohlídky a všechno bylo v pořádku. Akorát teda pan doktor říkal, že je větší, ale to říkal, že já budu mít prostě vždycky větší děti, abych s tím počítala. První byla taky veliká.*“

Participantka B uvedla, že první trimestr probíhal bez problémů. Teprve až kolem 12.-15. týdne těhotenství se začaly objevovat jisté potíže.: „...*tam už vyšly zvýšený nějaký ty protilátky, vyšly tam špatně ty krevní testy. Na základě toho jsme teda byli posláni na amniocentézu a na ultrazvuky genetický podrobnější. S tím, že tam vyšlo i vyšší riziko preeklampsie. ...mělo se těhotenství teda víc hlídat, **mělo být hlídanější**, vyšlo tam i 1/70 na Downův syndrom, což se teda vyloučilo z odběru plodové vody. Já mám pocit, že ta druhá půlka toho těhotenství byla hrozně náročná. Mě vlastně bolela stydká spona, **všechno mě bolelo**. Takže jsem ani necvičila, nic.*“

Participantka A neuvedla **žádné potíže** spojené s těhotenstvím. To se bohužel nedá říct o **participantce B**. Měla příznaky, které naznačovaly, že by se mohla v budoucnu potýkat s HELLP syndromem a preeklampsií. Bohužel dle ní, se symptomům nedávalo příliš velkou váhu a byly opomíjeny. Žena měla pocit, že těhotenství bylo jako v mlze. I přes to, že je porodní asistentka, sama si nedokázala tyto příznaky zařadit. Myslí si, že si nejspíš nechtěla přiznat, že je zde riziko ohrožení na životě: *„Je teda zvláštní, že jako zdravotník, ještě k tomu porodní bába, která by měla všechny ty příznaky znát, jak v tom těhotenství mám vlastně mlhu. I když jsem ukazovala, že mám **oranžový prsty, jsem oteklá**, všechno mě bolí. I přesto jsem asi nebyla tak důrazná, aby prostě uznali, že nevypadám dobře. Tlak se vlastně přeměřil 4x, až z toho vyšlo těch 120/80, že jo. A takový to: Ty si to ohlídáš, vid'. Takže když to tak jako zpětně zhodnotím, tak **věděla jsem, že je něco špatně**. Je pravda že konec toho těhotenství už byl hodně náročný. **Nebylo mi dobře**, měla jsem fyzický různé příznaky, který jsme teda asi špatně zařadili. Měla jsem, když to shrnu **obrnu lícního nervu**, měla jsem ochrnutou polovinu obličeje, nějaký **vysoký tlaky** tam byly, **dvojitý vidění** tam bylo taky. Navštívila jsem vlastně předtím očního lékaře, měla jsem i **oranžový prsty**, takže jsem i navštívila praktického lékaře s tím, že jsem chodila, že už se necítím dobře. ...byla jsem vyšetřena i neurologicky skrz teda tu obrnu lícního nervu, no a v ten den, tak se rozběhl porod...“*

9.2 Období porodu

9.2.1 Začátek porodu

Obě participantky rodily o 14 dní dříve, tudíž ve 38. týdnu těhotenství. **Participantka A** neměla žádné obavy z porodu, ani ji nenapadlo, že by se v průběhu mohlo něco zvrtnout. První obavy začala mít až s příjezdem do porodnice. Bolesti, které měla se výrazně lišily od těch, které pociťovala při prvním porodu: *„Vlastně jsem rodila o 14 dní dřív. Bylo to ten den, co jsem byla na kontrole. Já jsem byla na kontrole dopoledne a doktor říkal, že si myslí, že to tam **trošku podráždil a že jako večer budu možná rodit**. Večer mi tedy praskla voda, když jsem se sprchovala a pak jsme teda vyrazili. V nemocnici mi řekli, že to bude za chvíli... Už ze začátku **mi to ale všechno přišlo strašně divný**. Snažila jsem se jim to říct, ale nikdo mě prostě neposlouchal. Měla jsem tentokrát ty bolesti jiný, takový víc **intenzivní a píchavý**.“*

Participantka B na rozdíl od Participantky A, měla ke konci těhotenství obavy z porodu. Sice jí ten moment, kdy jí to napadlo, přijde iracionální, ale v tu chvíli jí to přemohlo:

*„A zvláštní taky je, ale takový nepodložený. Já jsem seděla v kuchyni, bylo to ke konci těhotenství. Psala jsem si datумы, kdy mám ty rehabilitace a teď jsem přešla nějaký datумы a koukala jsem na ně a říkala jsem si, že já to dítě asi stejně mít nebudu. Že tak nějak **podvědomě** člověk si neuměl představit, že tam to dítě je a byl to **takový zvláštní pocit**.“*

Když začínala žena pociťovat první bolesti, rozhodla se ještě zůstat doma a do porodnice se vydat, až bude porodnický nález naznačovat, že je v aktivní fázi porodu. V této části rozhovoru se žena snažila zadržovat slzy, ale bylo znát, že je pro ni velice těžké, o tom mluvit. Hlavně v části, kdy mluvila o asystolii srdíčka, se jí třásl hlas: *„Já jsem se vzbudila s hroznou bolestí a s takovou jako aurou a měla jsem takovej modrej záblesk. V tu chvíli, já vím, že to zní teda divně, ale já jsem měla pocit, že prostě umřu. ..., já jsem si říkala, tak **já asi prostě fakt umřu. Něco je špatně, něco je jinak, no ale pak jsem teda šla zase spát. Zaspala jsem to a ráno začaly nějaký teda nepravidelný bolesti a ještě myslím, ten den, že jsem měla jít k nějakému lékaři pro nějaký výsledky, ale tam už jsem se nedostavila, protože začaly ty bolesti. Tak jsem zkoušela nějakou vanu a tak, úlevový polohy, nějak to zaspát, nějak to rozchodit, což moc nepomáhalo. Vzhledem k tomu, že **jsem zdravotník**, tak jsem se samozřejmě **sama taky vyšetřovala**. Ten nález nebyl úplně k tomu, takže zase jsem to střídala. No ale pak vlastně, když jsem vlezla do vany kolem toho poledne, tak jsem měla ty bolesti už takový jako **hypertonus** tý dělohy. Už to byla jedna trvalá bolet která neustávala. Ta děloha byla pořád tvrdá. Bylo to jiný, zase jsem se vyšetřila a věděla jsem, že ten nález není úplně porodnickej, ale už jsem teda zalarmovala manžela a jeli jsme do porodnice. Když jsme teda přijeli, tak ty bolesti jsem měla a šlo se na příjem a tam už **ozvy miminka vlastně nebyli** a už tam nebylo, co hledat. **Bylo tam ticho**, byla tam asystolie potvrzená ultrazvukem. ... to byl hroznej šok, já jsem tomu nevěřila. To prostě tomu nevěříš, najednou si **říkáš, že to se tě netýká, úplně se na sebe díváš odněkud odjinud**.“***

9.2.2 Způsob porodu – vaginální/císařským řezem

Způsob porodu se u obou účastnic lišil. Důvodů, proč tomu tak bylo je několik. Jeden z nich je určitě fyzický stav žen. **Participantka A** neměla žádné zdravotní potíže během těhotenství, ani na začátku porodu. Z tohoto důvodu byla jednoznačná volba vaginální porod. Zatímco u **Participantky B** se během těhotenství objevovaly symptomy hrozícího HELLP syndromu. Při příjezdu do porodnice již byla ve vážném stavu a musela podstoupit **akutní císařský řez**. Tento postup je u mrtvých plodů velice vzácný. Samozřejmě je to až poslední volba. Žena však uvedla, že tento postup uvítala hlavně kvůli tomu, že ji děsila představa, že by musela mrtvé miminko porodit: *„...teda není obvyklý, že ženy s mrtvým*

plodem jdou na císařský řez. Tak se potom všechno seběhlo hrozně rychle a vlastně **během pár doslova, dá se říct minut**, jsem byla na operačním sále a už jsem byla uspaná a proběhl teda císařský řez. ... já v tu chvíli asi nebyla jsem ještě tak zralá, ani tak jako s tou smrtí jsem nebyla v pohodě. Teď bych řekla, že smrt jako takovou přijímám úplně jinak než v tu dobu, než jsem se s ní měla tu možnost takhle blízko potkat. Do té doby to pro mě bylo něco, nevím, jak to jako nazvat, takovýho jako cizího. Něco, čeho jsem se hrozně bála a nechtěla jsem ji mít kolem sebe. **Takže ten císařský řez bylo asi pro mě jediný východisko.**“ Doktor z počátku participantce řekl, že by mohla родit vaginálně. Žena na to reagovala takto: „To bylo něco jako... **Ne! Ne! Prostě já nebudu родit.** Zároveň ale i ten pocit, že v sobě mám mrtvé dítě, byl divnej a neuměla jsem si představit, chodit s mrtvolkou, když sama nejsem ztotožněná se smrtí. **Tak najednou mít jako mrtvolku v sobě bylo pro mě hrozný.**“

Participantka A родila vaginálně, i když v průběhu porodu měla pocit, že to nezvládne a **vyžadovala císařský řez**. Ten jí byl odmítnut.: „**Já jsem furt chtěla toho císaře, když přišel doktor, to je první, co jsem mu řekla.... Kdyby mě poslouchali a vnímali moje pocity a neříkali: Jste silná jako kůň.**“

9.2.3 Průběh porodu, Pocity

Porod **Participantky B** proběhl velice rychle, jak žena výše uvádí, v rámci několika minut. Proto se spíše zaměříme na průběh porodu **Participantky A**. Žena uvedla, že porod byl dle ní velice dlouhý, v určité části dokonce nepostupující. Tato část rozhovoru byla pro ženu nejnáročnější. Všechny vzpomínky se jí vracely a **plakala** u toho. **Participantka A** měla zpočátku neobvykle silné bolesti. Ihned při příjmu ji byla nabídnuta injekce proti bolesti a žena ji využila: „**Tam jsme vlastně přišli na tu vyšetřovnu. Tam mě vyšetřili a ptali se, na předchozí porod, to jsem jim všechno řekla. Pak mi teda dali injekci a šla jsem pak na porodní sál, s tím teda, že to nešlo. Byla to injekce na bolest. Tu si třeba taky vyčítám. Že to třeba mohlo být jinak. ...měla jsem neobvyklé bolesti, strašně intenzivní, které jsem třeba s první dcerou neznala. Na to konto mi řekli, že za chvíli to už bude. Že už jsem tak otevřená, že už to za chvíli bude.**“

„**Nebyl žádný postup.** A jsem to cítila, já jsem se cítila jako kámen, který prostě nikam nejde dál. Nic se prostě nedělo, ať jsem se snažila, jak jsem se snažila. Pak jsem už špatně i dýchala. Dávali mi ty **kapačky s oxytocinem**, ale pořád se nic nedělo. A když už se teda přišlo k tomu, že ji začali teda tahat, tak nešla. Já na ně křikla: **Už ji vyndejte, proboha už ji vyndejte.** Jsem se snažila, aby to bylo, co nejrychlejc, ale zároveň jsem upadala do

takovýho, že si to moc nepamatuju. A když se teda potom holčička narodila, tak jsem věděla, že je něco špatně, samozřejmě. Miminko vážilo 4 kg. A koukla jsem se na hodiny, 45 minut ji vedle mě resuscitovali. Ty hodiny prostě pořád vidím, jako by tady byly, jak jsem je furt sledovala. Já jsem samozřejmě chtěla slejzat, jenže pak zjistili, že mám teda přirostlou placentu. Pak přišel primář a ten teda řval na toho doktora, že musím okamžitě na operaci a pak už si jen pamatuju, jak ke mně přišla doktorka, která přišla z té neonatologie, z té větší porodnice, že mě objímala, dávala mi pusy a že malou odváželi. Já jsem si celou dobu nevědomovala, že to je až tak strašně vážný. Já jsem měla pocit, že když vstanu, přijdu k ní a promluví na ni, že se probere. Myslela jsem si prostě celou dobu, že budu mít dítě, i když třeba trošku postižený. Nenapadlo mě, že by prostě nepřežila. Manžel tam se mnou byl celou dobu, i při resuscitaci malý. Jsem mu vyčítala, proč něco neudělal. Ale to jsem se mu potom omluvila, protože vím, že to vůbec nešlo.

Ženě se po traumatické události objevovaly myšlenky na věci, které si nyní nedokáže vysvětlit. Sama zpětně nechápe, **proč ji běželo hlavou právě toto:** „Ten den, jak jsem byla na kontrole, pak jsme měli doma večeři a pustili jsme si film. Bylo to o chlapečkovi, který umírá a všichni ti příbuzní, tak si volali a dělali za něj modlitbu. Já na tom porodním sále jsem si na to vzpomněla. Volala jsem ségře a mamce, aby všem volali, aby se za ni modlili. Stejně to byly takový divný věci...“ Vytáhla zlatý křížek a povídá: „Ten zlatý křížek, ten jsem dostala k osmnáctinám od našich a já jsem ho asi 10 let neměla, že jsem ho ztratila. Já jsem ho našla asi tejdén před tím porodem. To byly takový divný náhody. Asi možná proto tolik věřím v Boha. Hledám v tom ten smysl. Že mě na to asi chtěl připravit.“

9.3 Zdravotnické zařízení a personál

Obě ženy zvolily pro svůj porod malou porodnici. **Zkušenosti žen s personálem** v porodnicích byly odlišné. **Participantka A** vyjádřila hluboké zklamání nad přístupem a komunikací personálu v porodnici, kde probíhal její porod. Pocítila **nedostatek podpory a empatie** během jednoho z nejzásadnějších okamžiků svého života. Na druhou stranu, její vděk vůči personálu perinatologického centra, kam byla její dcera později převezena, neznal mezí. Ocenila jejich profesionální, ale zároveň **lidský přístup**, díky kterému se v těžkých chvílích cítila bezpečně. **Participantka B** podstoupila císařský řez v porodnici, kde pracovala, tudíž mezi personálem byli i **její přátelé**. Na rozdíl od **Participantky A** se mezi personálem porodního sálu cítila bezpečně a respektována.

9.3.1 Personál, komunikace s rodičkou

Participantka A byla velice rozčarovaná z personálu v porodnici, kde rodila. Uváděla, že personál vůbec **nebral v potaz její názory, přání a hlavně pocity**. Soudili ji podle vzhledu a vydedukovali, že když je paní korpulentního vzhledu, tak musí být silná. Dokonce ji srovnávali s její sestrou, která v této porodnici také rodila. Ovšem váha dětí byla zcela odlišná, její neteř byla při narození velice drobná. Nejvíce nesympatický byl pro ni bohužel její porodník. **Žena měla pocit, že je arogantní a ona si připadala jen jako stroj, který musí porodit dítě** a dle jejích slov: „...že si to prostě přišel jen odmakat.“ Žena svou zkušenost s personálem popsala takto: „**Porodní asistentky bych řekla, že byly fajn, ale potom zavolaly pana doktora. Ten přišel a už se smál. Myslím si teda, že hlavně by měli dbát na to, jak se ta ženská cítí a když jsem jim říkala, že chci toho císaře, že to není dobrý. Ty slova, co říkali, to mi říkali asi 3x: Vy jste silná jako kůň, to zvládnete. Jste silná jako kůň. Úplně nesnáším tuhle větu. Jste silná jako kůň. Ty utáhneš pluh sama. Bylo to stoprocentně tím, že jsem tlustá, stoprocentně!** U toho porodu byla sestra z dětskýho, ta byla hrozně nesympatická. Protože já jsem brečela, křičela samozřejmě, že chci k ní a ona na mě: **Bud'te zticha, prosím vás. Děláme, co můžeme.**“

„Ono i ten druhý den, jak jsem se probudila, přišel ten doktor a smál se. On se na mě smál a povídá: **Tak to víte, co vám k tomu mám říct, to se někdy stává.** Nikdy jsem se nesetkala s někým tak nad věcí, s takovým cynikem. Vůbec by mě nenapadlo, že můžu jít bez dítěte z porodnice. Vůbec by mě nenapadlo neposlechnout doktora. Ten je tam přece protože mi chce pomoci. Pořád si myslím, že lékař je ten, kdo ti má pomoci, ale **je to prostě všechno o lidech.** Už bych nebyla tak hloupá a víc bych na toho člověka koukala. Byla bych hrozně obezřetná. Vůbec mi nepřišlo, že by mi dali něco na výběr. Neinformovali o tom, co mi podávají. Ptal se na to akorát manžel a až následně mu vysvětlili, že je to na zesílení kontrakcí.“ Žena byla však velice spokojená s personálem na neonatologickém oddělení perinatologického centra, kam následně její dítě převezli. Personál byl velice vstřícný a empatický. O všem ji informovali.

Participantka B byla s personálem porodnice **spokojená**. Musíme ovšem vzít v potaz, že to byli zároveň její kolegyně a kolegyně. Uvítala, že ji neodsoudili za iracionální chování i přes to, že je zdravotník. Žena popsala svou zkušenost s personálem takto: „...**tak když mě převezli na ten porodní box s tím, že se udělá ultrazvuk, tak já jsem říkala panu doktorovi, že to není možný, že tak se udělá císařský řez a že ho zresuscitují, že ho ožíví. On se v tu chvíli zachoval teda úplně skvěle, neťukal si na hlavu, neříkal si, že jsem blázen,**

vždyť přece vím, že to takhle nefunguje. Byl na mě moc hodnej, byl moc milej, viděl, že tam prostě vyběhá nějaký šokový stav. Musím říct, že kolegyně, tedy i kamarádky to zvládly úplně bravurně. ...ale jinak musím říct, že všichni zdravotníci byli úžasný. Jak to bylo super akutní, tak ani nevím, jestli tam ta velká informovanost proběhla. Já jsem byla v šoku, co se to vůbec vlastně děje. Ani nevím, jak dlouho to mohlo trvat. “

Obě participantky uvedly, že **ani za jednou z nich po porodu nepřišel ošetřující lékař**. Čekaly, že se budou více zajímat o to, jak se po tom všem cítí. **Participantka A** uvedla, že nikdo z personálu s ní neprobral, co se dělo během porodu. Uvítala by, kdyby jí někdo vysvětlit, proč se určité věci staly a také proč zvolili dané postupy péče.

Poporodní péče žen se velice podobala. Obě ženy byly zpočátku na **jednotce intenzivní péče** a následně zbytek pobytu v nemocnici strávily na **gynekologickém oddělení**. Poté, co se **Participantka A** probrala z narkózy, bylo jí líto, že musí být v jiné porodnici, než je její holčička. Snažila se dělat vše pro to, aby ji co nejdříve propustili. Doba, kterou strávila na gynekologickém oddělení se jí zdála velice dlouhá. Vyjádřila se k ní takto: „*Ta následná péče, to mě dali úplně do zadního pokoje, nikoho ke mně nedali. Úplně mě chtěli schovat. Na gynekologii jsem ležela 3 dny a dovolili, aby tam se mnou byl manžel. Jediná nápomocná byla sestřička, taková starší paní. Ta za mnou chodila v noci... Informace o malý jsem věděla jenom od rodiny.... Mně ten den volali, že už malá čůrala, že začali pracovat ledviny. Já jsem to tam říkala tý sestře a měla jsem strašnou radost, že už se jako něco pomohlo a ona začala plakat. To si pamatuju, že se rozplakala. Pohládila mě po ruce a tak. Fyzický kontakt mi od ní mi vůbec nevadil, protože byla hodná. “*

„.... mně pak přinesli karbanátek s kaší, tak já jsem si sedla a všechno jsem snědla, protože jsem chtěla za ní. Jsem si říkala, **budeš hodná, všechno prostě budeš dělat**, teď jsem to prostě všechno snědla, ať jsem na to neměla chuť. Pak jsem se začala postupně skládat. Pak mi začali teda dávat ty drijáky a kapačky. **Ze začátku jsem měla ale strašnou sílu**, že půjdu za ní, **pak jsem se teda úplně složila**. Lékaře jsem pak viděla jen při výstupním ultrazvuku. “

Na oddělení neonatologie v perinatálním centru byla žena velice vděčná za vstřícný přístup. Byla ráda, že aspoň někdo bere ohled na její pocity. **Díky nim, neztratila víru ve zdravotníky**. Popsala, jak se tam starali o její dceru a také, jak ji samotnou zapojili do péče: „...já jsem ležela na gynekologii, když moje sestra jela za ní, jestli by ji pokřtili. Ještě v nemocnici ji pokřtili. ...Když jsem tam přijela, tak pán primář věděl, že to nebude dobrý. A

řekl, že to není moje vina. Na neonatologii, tam byly hrozně hodný. O všem se mnou mluvili a **všecko mi vysvětlili**. Nechali mě se rozloučit, protože v tu chvíli nevěděli, jak dlouho ještě bude žít. Ukázali mi oči, protože je měla zavřené. Dali mi krémik, abych ji mohla namazat. Namazala jsem ji celý tělíčko. **Byla moc hezká, byla mi podobná.**“ říká s úsměvem a zároveň se slzami v očích. „Měla krásný ruce, nádherný nehty, takový dlouhý. Měla velký nohy.“ pousmála se. „...byla napojena na monitory, snížili ji tělesnou teplotu a pak ji zase postupně zahřívali, a to se nemohlo přerušit, takže jsem si ji nemohla pochovat. Akorát mi ji nemohli vyndat, protože musela být na té podložce. **Říkala jsem si, že se to přece nestane. Ona se vzbudí a stane se zázrak.**“

Žena popsala i to, co předcházelo momentu, kdy se dozvěděla smutnou zprávu, že její holčička již nežije: „Personál byl úžasný. Já jsem odtamtud odcházela, a to jsem se už opravdu na tej chodbě složila. A byla tam ta doktorka, co přijela za malou do té menší porodnice. A ona mi říkala: **Křičte, křičte, klidně křičte a držela mě.** A domluvili jsem se, že **další den ráno zase přijedeme.**“ Další den spolu s manželem jeli opět navštívit svou dceru. Naneštěstí cestou tam, dostali hovor, že malá zesnula. Žena detailně popsala místo, kde se to dozvěděla. Nikdy na něj nezapomene: „...**Já jsem ho zvedla a oni říkali, že by chtěli mluvit s manželem. Mně to neřekli. Se báli asi, víš. Manžel zastavil a vzal to. Já pak strašně křičela, strašně.**“

Participantka B byla taktéž převedena nejprve na jednotku intenzivní péče, kde proběhlo rozloučení s chlapečkem. Jak to probíhalo popisuje žena níže v kapitole Rozloučení s dítětem. Následně byla stejně jako Participantka A převedena na gynekologické oddělení. Tam moc dlouho nepobyla a po pár dnech mohla domů. Jejich rodinu však postihlo **další neštěstí**. Během hospitalizace na gynekologickém oddělení **zemřel ženě tchán** na rakovinu. Co se týká tělíčka dítěte o vše se postarala instituce **Modrá pomněnka**: „...s tím že oni se o všechno postarají. Ještě tehdy se mě ptali, jestli chci malého pokřtít, já jsem tehdy řekla že jo. Jak to vlastně proběhlo do dneška moc nevím, s tím že mi jenom řekli, že jo, že mu udělali **křížek na čelíčku**. Jak přesně to proběhlo, to nevím. Takže teda malého měla Modrá pomněnka, se kterými já se potom spojím. Oni že všechny náležitosti vyřídí a potom do nějaké doby mi předají vlastně malinkého zpopelněného, s tím, že kdybych ho nechtěla, tak mám dva měsíce na to se rozhodnout, jestli si ho vezmu nebo půjde do nějakého společného hrobečku pro tyhle ty nenarozené. Rozhodla jsem, tedy taky to nebylo hned, protože jsme si říkali kam s ním, **ale rozhodla jsem se, že malého si vezmu a máme ho u mámy.**“

9.3.2 Odborná psychická podpora

Možnost využití **odborné psychické podpory** v porodnici po takto traumatické události by mělo být v dnešní době standardem. **Participantka A** však uvedla, že jí tuto možnost nenabídli: „...*jen vždycky přišla dát nějakou kapačku, jinak nic. Kdyby mi to nabídli, tak bych toho využila. Vlastně potom na té neonatologii, tak mi to doporučili, hned tam zavolali a my jsme hned šli za psycholožkou.*“ Takto se k nabídce odborné psychické pomoci v dané porodnici vyjádřila **Participantka B**: „...*tak byl mi nabídnutej i psycholog. Já jsem chtěla jeho služby využít, ale bohužel nedostavil se, z jakého důvodu mi není dodneška moc známo. ...když ta nabídka přišla jednou, opakovaně, tak jsem říkala, že jo. ...myslím, že potřebuju, že se potřebuju nějakým způsobem vykomunikovat z toho. Ne, protože bych to sama nevykomunikovala, ale tím, že jsem zdravotnice, ještě porodní baba, cítila jsem vinu. Ne jenom ta strana zdravotníka, ale jako i svojí. Hlavně jako v sobě, mě tížilo, že jsem věděla že mi bylo spatně, že tam bylo spoustu dalších věcí, že jsem pro to prostě neudělala třeba víc.*“

9.4 Rozloučení s dítětem

9.4.1 Průběh rozloučení, upomínkové předměty

Rozloučení **Participantky A** a jejího partnera s jejich dítětem proběhlo na neonatologickém oddělení intenzivní péče perinatologického centra. Žena je zpětně velice **vděčná, že jí byla tato možnost poskytnuta**. Neváhali, když se jich ptali, zda to vůbec chtějí. Odpověď byla pro ně jasná. Ano! Poskytli jim krásné upomínkové předměty a vzpomínky: „*Měla tam u sebe takovou maličkou chobotničku a tu mi potom dali do pytlíčku, aby to byla pořád jako její vůně. Ten pytlík mám dodnes zavřený. Pak mi dali takovýho andílka z korálků, otisky nožiček dělali. Nemohla jsem si jí chovat, ale otevřeli inkubátor.*“ Když zemřela, poslali její dceru rovnou na pitvu, nechtěla si ji pochovat. **S pláčem říká, že ji nechtěla cítit studenou.** „*Já jsem ji chtěla cítit teplou. Když jsem ji hladila, mazala, tak byla krásně teplounká. Ted' bych si ji již pochovala. Já jsem ji nepochovala nikdy.*“

Participantka B se taktéž rozhodla rozloučit se svým miminkem. Zavolala manželovi, aby měli tu možnost oba. Chlapečka jim přivedli ještě na oddělení intenzivní péče: „...*miminko jsme měli u sebe na tom áru, byli jsme tam oba, pro mě to bylo asi snazší, jak jsem byla pod lékama. ...takže rozloučení proběhlo a do dneška za to strašně děkuju všem těm zdravotníkům, protože to je věc, kterou prostě nevrátíš! ...potom zpětně byly i fotky, holky malého nafotily, což mi řekly až s odstupem času a ty fotky nejdřív jsem je nechtěla, ale pak přišla ta chvíle, kdy jsem fotky chtěla a měla jsem je a mám. Musím říct, že než jsem*

se dostala k tomu tu fotku vidět, otevřít a malého jako si prohlédnout znova, znovu si ho oživit, tak **uběhlo 5 let**. Když se mi ten obraz ztratil, tak jsem ho chtěla vidět znova a byla jsem pak vděčná, byť jsou to dvě malý fotečky, tak jsou prostě moje. “ Žena si není jistá, zda pořizování fotek bylo v té době standardem. Nevzpomíná si, že by se to běžně praktikovalo: „...já si myslím, že to všechno šlo tak za pochodu, že to zvládla ta jedna daná osoba, která se opravdu o to zajímala. Byla už asi emočně a psychicky dál, byť to byla mladá holka, tak to zvládly na jedničku, bylo to úžasný. **Do dneška si to jako do praxe nosím a vím, že to jako takhle je dobře.** “

9.4.2 Zkušenost: Pohřeb

Obě ženy nechaly své děti ještě v porodnici pokřtít. Jen jedna z nich mu však uspořádala pohřeb, a to **Participantka A**. Toto období patřilo pro ni k těm nejtěžším: „*Nejhorší pro mě bylo, když jsem jela z pohřební služby. Čekáš, že si povezeš miminko v peřince a já se vracela s tou urnou. To bylo hrozný. To je někdy taková bolest, že se nemůžeš nadechnout.*“ povídá žena se slzami v očích.

Jak již vyplývá z předešlého textu, institut Modrá pomněnka byl velice nápomocný **Participantce B**. Žena se však rozhodla pohřeb neuskutečnit, protože by to pro ni momentálně bylo velice těžké: „...nemáme ho pohřbeného, **protože to nedospělo do fáze, kdy já jsem schopna ho dát do hrobu, takže ho máme doma.**“

9.5 Vyrovnávání se s perinatální ztrátou

9.5.1 Prožívání ženy

Obě účastnice se s překonáváním své ztráty vyrovnávají každá svým vlastním způsobem, přičemž některé jejich metody jsou si vzájemně podobné, zatímco jiné se zásadně liší. V těchto náročných časech pro ně byla nezbytná **opora rodiny a blízkého okolí**, která jim poskytovala nejen pocit bezpečí, ale i neocenitelnou emoční podporu. Postupně, každá ve svém tempu, začaly vytvářet vlastní **rituály a způsoby, jak vyjádřit úctu a zachovat vzpomínku na své zesnulé dítě**. Tyto aktivity jim pomáhají nejen ve zpracování smutku, ale také v hledání smyslu a udržování spojení s dítětem, jehož fyzická přítomnost jim byla odepřena. Tento proces je pro ně klíčovým krokem na cestě k uzdravení, přičemž každý nově vytvořený rituál či tradice slouží jako most mezi minulostí a současností, umožňující jim udržet živou památku svého dítěte.

Nejtěžší období bylo pro obě ženy **návrat domů z porodnice** a setkání se s realitou. Najednou se vše zdálo zbytečné a neměly sílu dál žít. I obyčejné úkony byly pro ně výzvou.

Obě ženy uvedly, že se snažily udržet domácnost v chodu, ale že ne vždy se jim to dařilo. Hlavní důvodem, proč ráno vstaly z postele byly jejich děti, o které se musely postarat. V tomto stavu „**přežívání**“ byly ženy zhruba **6-12 měsíců po úmrtí svých dětí**. Později se jejich stav začal postupně zlepšovat. Na toto období ani jedna z nich nevzpomíná ráda. Takto ho popsala **Participantka A: Přežívala jsem. Trochu jsem poklidila, ani jsem kolikrát nemohla vařit. Bylo to jako když má člověk depresi, jak se ani nedokáže zvednout z postele. Manžel šel hned do práce, vlastně hned druhý den, co jsem se vrátila. Pak mi ho bylo líto, protože on pak chodil domů a každý den mě našel s takovýma očima. Ten hnujsnej stav trval tak půl roku. Uděláš jenom takový to nejnutenější. A přišla dcera a nasadíš ten úsměv. Musím říct, že bych to nezvládla nebýt první dcery. Já jsem se každý ráno zvedla pro ni, aby ona to špatně nenesla, aby ona to prožívala dobře. Pro ni jsem dělala různé věci. Vymejšlela jsem třeba vaření, různé akce.**“ Někdy to pro ni bylo však velice vyčerpávající. Snažila se, aby to na ni dcera nepoznala. Chtěla být silná pro ni.

Podobnou zkušenost s tímto náročným obdobím měla i **Participantka B: „Bylo to náročné, moc jsem nevařila, moc jsem neuklízela, tak nějak jsem jela na takovýho autopilota. ... jsem se musela postarat o dítě a o manžela, ale nic víc moc nešlo. Taky jsem dost kouřila a nebylo to období hezký. Nevzpomínám na něj ráda. Byly jsme všichni vychrtlý. Ta psychika hrála hroznou roli a bylo to těžký. Snažila jsem se tomu synovi věnovat. Věděla jsem, že musím, ale jak to pro něj bylo efektivní, taky nevím. Byl to hrozný autopilot. Bylo těžký chodit i do té školky, protože to břicho najednou nebylo. Bylo náročné i jít nakoupit. Dojít pro tři rohlíky bylo moc náročné. Ty začátky byly náročné. Každý poprvé bylo opravdu poprvé. Bylo první vyjetí s košem, první sjetí výtahem, poprvé dojít pro pečivo, a to všechno bylo vždycky se slzavým údolím. Podruhé už to bylo vždycky lepší.“**

9.5.2 Rozdíly v truchlení s partnerem

Obě ženy uvedly, že jim velkou oporou byl především **partner**. Jejich zkušenost se shodovala v tom, že partneři se spíše zaměřovali na potřeby svých žen, než na ty svoje. **Participantka A** se o svém partnerovi vyjádřila následovně :**„Nikdy mi neodehnal, když jsem o tom chtěla mluvit. Nikdy. Sám třeba o tom nezačal mluvit. To jako ne. I teď když říkám, že bysme vybírali tašku, šla by do školy, jo. Přijde vždycky, obejmě mě. Nikdy jako se nestalo, že by mi řekl, že už mám být zticha. Nikdy. On se neustále přizpůsoboval mně a mým pocitům, takže když jsem plakala, on byl ten, kdo mě obejmul. Byly i stavy, že jsem na něj řvala, že jo. Že jsem měla vztek a říkala jsem mu: Tos tam vůbec nemusel bejt, když jsi mi tam vůbec nepomohl. Což mu hrozně ublížilo a viděla jsem to okamžitě na jeho očích. To jsem**

neměla dělat. Spíš bych řekla, že já jsem hrozně emotivní a on že vždycky byl ten, kterej se přizpůsobil mně. Když jsem chtěla mluvit, tak se mluvilo. Když jsem nechtěla mluvit, tak se nemluvilo.“

Participantka B uvedla, že si původně myslela, že ztrátu prožívají oba stejně. Zpětně, když to zhodnotila, uvědomila si, že tomu tak nebylo: „...jsem myslela, že spolu. Nicméně teď to taky zpětně vidím, že **já jsem to zpracovala dřív. On mi byl oporou, a když já jsem to měla zpracovaný, tak on se sesypal. On potřeboval tu pomoc, a dokonce bych řekla, že ji potřeboval dýl než já. Asi to na něj dolehlo pak všechno najednou, tím že odešel i ten tatínek asi.“**

9.5.3 Prožívání rodiny, sourozenců

Pro **Participantku A** byla velice důležitá podpora rodiny. Z následujícího vyprávění lze vydedukovat, že se mají velice rádi a navzájem se podporují: „Strašně mě pomohla rodina. Musím říct, že manžel při mně stál úplně neskutečně. **I jsme si o tom třeba celá rodina povídali.** A oni se snažili, abych byla zaměstnaná, tak jsme třeba hráli každý den karty. Já jsem je potom nechtěla ani vidět,“ říká s úsměvem na tváři. „Hned jak se to stalo, tak si se mnou hrozně povídali. I třeba se na něco zeptali a nebáli se o tom mluvit. **U nás doma to nebylo žádný uzavřený téma,** že jsme si o tom mohli povídat pořád.“ Ale nyní už o tom někdy mluvit nechce a rovnou jim to řekne. „**Já si ji nechci připomínat s ostatníma. Já si ji chci připomínat sama pro sebe.** Sama, když jsem. Tak to chci. A taky mám někdy pocit, že ji chci někdy jen pro sebe. Chci si to sama prožívat. Je to různý. Někdy to chci říct, chci si popovídat, ale dost často teď dělám, že si ji chci sama pro sebe uchovat.

Sestra ženy měla v té době malou holčičku a o něco staršího chlapečka. Obávala se, že jí budou připomínat miminko, které ztratila, a že jí to ublíží ještě víc. Bylo to však naopak: „*Mně neskutečně pomohli ty děti. **Já jsem měla neteř a synovce furt vedle sebe a my jsme spolu dělali záhonky a synovec, on se na mě třeba jenom podíval a už viděl, že mám plný oči slz. A to malinký dítě ke mně přišlo a objalo mě. Říkal mi, abych neplakala. A řekl mi: Já vím, proč pláčeš, pláčeš pro miminko, já to vím. A ty mi hrozně pomohli.***“

Participantka B přiznala, že vztah s její maminkou je trochu složitý. Tudíž spíše hledala psychickou podporu u odborníků: „*No a z hlediska ty širší rodiny, tam hlavně to bylo v rámci těch sezení psychiatrických, že tam je asi trochu **spatně zpracovány můj vztah s vlastní maminkou.** Tak tam to bylo trochu náročný, protože mamka měla jako pocit, že třeba týden a jako že po týdnu bych už neměla brečet: **Nesmíš brečet, musíš se vzchopit!** To byly*

slova, za který já jsem ji hrozně nenáviděla, nedokázala jsem pochopit, jak mi tohle mamka dokáže jako říct, že nemůžu brečet a už to nechat jít. Takhle to jako nefunguje. ...v rámci těch sezení s paní doktorkou jsme se dostali k tomu, že ten vztah s mamkou nemáme úplně správně nastavený a že je tam z mé strany problém.“

Procesem truchlení neprocházeli pouze rodiče, ale i **starší sourozenci** zemřelých dětí. Tato událost je taktéž velice zasáhla. **Participantka A** uvedla, že její dcera chtěla mladšího sourozence již od dětství. Pár o další dítě usiloval, ale bez výsledků. Nakonec se jim to povedlo po 15 letech, kdy to absolutně nečekali. Žena zmínila, že její starší dcera **byla z toho nadšená a těhotenství prožívala společně s ní**. A aby toho nebylo málo, v den, kdy došlo k úmrtí její sestry, tak slavila patnácté narozeniny: *„Narodila se 4. října a zemřela 8. října. Zemřela v den narozenin starší dcery. Tu to moc zasáhlo. A když jsem se vracela domů, když jsem se to dozvěděli, tak já jsem v tu chvíli měla největší strach za ni. Že jsem věděla, že si to ponese celý život.“*

Participantka B v době perinatální ztráty měla již pětiletého syna. Vzhledem k jeho věku, **bylo obtížnější mu vysvětlit**, proč si maminka domů z porodnice nepřivezla s sebou miminko. Měl také spoustu otázek ohledně dané události.: *„Bylo to pro něj těžký, protože říkal: A maminko, na co teda máme doma ten kočárek a tu postýlku, když teď nemáme to miminko? Takže myslím že se to i na něm hodně podepsalo nějakým způsobem.“* Odbornou pomoc žena pro svého syna nevyhledala. Zpětně uvádí, že by to již udělala jinak. Chlapeček začal totiž po této události **projevovat změny v chování**. Dle slov účastnice: *„...třeba se nám stávalo, že nám ze školky přinesl tu a tam korálek, tu a tam třeba jenom víčko od fixy, jakože měl potřebu si něco donést. Potřebu si něco vzít, to je jako jeho, aby mu to nikdo nevzal. Já jsem pak chodila do školky a ty věci jsem postupně vracela. Byly to fakt takovýhle drobnosti, nebyli to velký hračky nebo něco, ale nosíval. Bylo to bezprostředně vlastně po týhle události, předtím to nikdy nebylo a pak to nějak půl roku bylo.“*

9.5.4 Vzpomínky, rituály, tradice

Vzpomínky na dítě mohou časem blednout. Obě ženy si musí po určité době tyto vzpomínky znovu prožít, aby své miminko měli čerstvě v paměti. Každá z nich má svůj vlastní způsob. **Participantka A** si svou dceru připomíná tímto způsobem: *„Jdu se někdy podívat do krabice. Potřebuju očuchat si povlečení, podívat se na ty upomínkové předměty z nemocnice. Ale musím být sama a dokážu neskutečně propadnout do řevu, ale trvá to chvíli a já to potřebuju udělat. Je to opravdu jednou za měsíc, za dva, ale potřebuju se*

vyřvat a křičet prostě jako raněný zvíře. Mám její fotku v mobilu. Jednou za čas ji prostě potřebuju vidět. Když ji nemůžu pohladit, taky ji chci aspoň vidět. “ Emoce se v ní hromadí a tím procesem pak prochází znovu a znovu.

*Vždycky, když si chci na něco vzpomenout a **připomenout si ji**... Když jsem ji měla v břiše, ona se hodně hejbal a dělala vyloženě ty boule veliký. Tak na to si chci vzpomenout. Protože to byla moje živá holčička, byla zdravá a všechno bylo v pořádku. Pamatuju si, bylo krásný teplý počasí a ležela jsem v obýváku a všude jsem měla ty boule a za chvíli na druhý straně, tak to si chci vždycky vybavit.* “

Kromě těchto vzpomínek, ke kterým se vrací, vytvořila si **Participantka A** společně s rodinou **rituály**, kterými uctívají památku na zemřelé miminko. Mají tradici, kdy 4. října, na narozeniny své zemřelé holčičky, **upečou dort a zapálí svíčku**. Pak 8. října peče dort na narozeniny její starší dcery. Žena uvádí, že: *„Úplně jsem zazdila ten den, že to je den jejího úmrtí. Prostě jsou to narozeniny mojí první dcery a nikdy na to nevzpomínám.*“ Perinatální ztráta zavedla **Participantku A** na cestu **víry**. Proto jejich další rituály souvisí s ní. Pravidelně chodí do kostela, má pocit, že je v kostele své dceři blíže, než kdekoli jinde: *„Chodíme na hřbitov. Většinou každý týden nebo každých 14 dní. Kupujeme různé andělíčky. Každý večer se modlím a taky ji pozdravuju a věřím, že tam je s mým tatškou.*“

Participantka B si svého chlapečka taktéž připomíná. Společně s rodinou **zapálí na jeho narozeniny svíčku**. Taktéž si o něm povídají anebo si pouštějí písničky. Žena má obzvlášť v oblíbě jednu písničku, která v ní vzbuzuje velké emoce: *„Pomůže mi se vybrečet, nic jiného nefunguje. Pustit ty všechny emoce. Je pravda, že mam jednu písničku, která je strašně bolavá, ale pravdivá a u té si vždycky všechny ty emoce vybrečím. I u té fotky, fotku si prohlídnu a říkám si, jaký by to bylo ...*“

9.5.5 Laická/odborná/žádná psychická podpora

Jak již výše zaznělo, **Participantka B** vyhledala **odbornou pomoc**. Poté, co ji nebyla dopřána v porodnici, rozhodla se to vzít do vlastních rukou. Odhodlání vyhledat pomoc nastalo v této chvíli: *„Bylo to ve chvíli, kdy jsem jeden večer opravdu **ten stres nezvládla a opravdu jsem i jako cítila, že teď si jako chci sednout do auta a teď chci prostě nebýt.** Takže v tu chvíli mi mužský řekl: Takhle už nemůžeš fungovat.*“ Kontaktovala nejprve psychologku v místě bydliště. Bohužel tam chybělo vzájemné pochopení a žena se rozhodla hledat dál. Vzhledem k tomu, že její babička byla zdravotnice z oblasti psychiatrie, věděla, jak má po-

stupovat. Kontaktovala porodnici, kde rodila, zda by ji někoho nedoporučili. Poskytli jí kontakt na **psychiatricku**, se kterou byla žena velice spokojená: „... která byla úžasná. Bylo to skvělé a měla jsem tam několik sezení. **Medikaci jsme žádnou nenasadily, ale možnost nebo nabídka tam byla, ale já jsem ji nevyužila. Po několika sezení jsme s paní doktorkou ukončily terapie s tím, že je to zpracovaný.**“ Kromě odborné pomoci využila i **laické** podpory. Konkrétně internetových fór: „...ale skupiny na **E-mimino, Prázdný náručí a takhle, tak to hodně.**“ Žena si zde našla přítelkyni, se kterou sdílela stejné pocity: „**I jsem do dneška v kontaktu s jednou maminkou, která měla podobnou zkušenost. Bylo to v podobném čase, podobným týdnem, byly jsme na tom hodně, hodně stejně. Toho času, u toho online povídání, tehdy ještě psaní, jsme spolu strávily strašně moc. Bylo to fajn. Pro mě to byla terapie, pro ni v tu dobu asi taky, ale pak se ty naše cesty rozdělily. Ale dodneška si čas od času napíšeme. Určitě je fajn mít u sebe najednou někoho, kdo pochopí to, jak to bolí, jak hrozný to je a že říkat, ať nebrečím, není na místě. Že na místě je naopak plakat a že ta bolest přichází fakt v intervalech. Staršej boomerang, neskutečný bolesti, které se ale vrací čím dál míň často, ale bolí to pořád stejně. I vlastně teď po těch 7 letech, teď když ten boomerang přijde, tak je to stejná bolest, jako byla ty první hodiny, jenom už to není tak častý.**“

Vzhledem k tomu, že **Participantce A** byla neskutečně velkou oporou rodina, neměla potřebu vyhledávat žádnou odbornou ani laickou pomoc. Nyní by se bála pomoc vyhledat, a to z tohoto důvodu: „**Já mám asi strach, že se ve mně otevře něco... Možná se mi uleví, ale otevřeli by se i ty rány. Možná je zazdívám trošku, možná je to špatně. Asi by to musel být někdo, kdo by tomu opravdu rozuměl a já se nebála a měla k němu důvěru.**“

9.6 Vliv perinatální ztráty na život ženy

9.6.1 Vztah s partnerem

Tato tragická událost paradoxně partnerské vztahy obou žen posílila. Čelit takto závažné životní výzvě může vztahy mezi partnery buď zatížit a vést k jejich rozpadu, nebo naopak působit jako pojivo, jež je sblíží a utuží jejich vzájemné pouto. V případě těchto dvou žen tato zkouška přinesla nečekaně **pevnější a hlubší spojení**. Společně procházeli procesem smutku a uzdravení, což jim umožnilo lépe se vzájemně poznat, sdílet své nejhlubší emoce a společně hledat cesty k překonání této bolestné zkušenosti. **Participantka A** uvedla: „**Náš vztah to posílilo. Byli jsme si navzájem oporou.**“ Posílil i vztah **Participantky B**, který si však prošel jakousi horskou dráhou emocí: „**V tu chvíli jsme se hrozně semkli, hezky jsme spolu fungovali a bylo všechno fajn, ale pak přišla ta chvíle, kdy jsme to každé**

potřeboval zpracovat sám. To byla chvíle takových nějakých nepříjemnejch situací, kdy jsme si moc nerozuměli, ale celkově to ten vztah spíš otužilo. Už víme, že nějakou takovou situaci umíme zvládnout, že to není lehký, ale nějak se to dá.“

9.6.2 Těhotenství po perinatální ztrátě

Rozhodnutí o početí po prožití ztrátě je obzvláště komplikované a nese s sebou širokou škálu protichůdných emocí. Ženy se často ocitají v kříži ambivalentních pocitů, kdy se naděje a touha po dalším dítěti střetávají se strachem a obavami z možnosti opětovné ztráty. Tato situace je pro ně emocionálně náročná. Zatímco část jejich srdce touží počít další dítě, jejich mysl je plná obav z možných komplikací a nejistot spojených s dalším těhotenstvím. **Strach, že se historie může opakovat a těhotenství by mohlo skončit stejně tragicky**, je silný a může značně ovlivnit jejich rozhodovací proces. Rozhodnutí **Participantka A** a jejího partnera se neshodovala. Ona další dítě chtěla hned, ale on byl na vážkách: „*Ne že by vyloženě mi řekl, že ne, chvílku jsme na tom pracovali, ale nepovedlo se. Víím, že to nechtěl z jednoho prostýho důvodu a nechtěl to kvůli tomu, aby neztratil mě, kdyby se náhodou něco stalo.*“ Žena se nebála mít další děti, protože primář neonatologie ji ujistil, že se o ni postarají v případě dalšího těhotenství, že měsíc před porodem bude hospitalizovaná a že ji udělají císařský řez. Ona v něj měla důvěru. **Pak to vyšumělo a další dítě již neměli.**

Participantka B si přála otěhotnět ihned, jakmile se o to budou moci pokoušet. Očekávala, že cesta oplodnění bude stejně komplikovaná jako při předešlém těhotenství. Nečekaně však za 5 měsíců po císařském řezu spontánně otěhotněla, a to rovnou s dvojčaty: „...**jsem tomu nevěřila, já neumím otěhotnět a najednou jsem otěhotněla hned, ještě dvě.** Říkala jsem si, že je to shůry dáno. Nejdřív měl partner radost. Když jsme se ale vrátili z dovolený a zjistili jsme, že ty děti jsou dvě, to vypadal, že to nepřežije teda,“ říká s humorem. „...**ale určitě ten strach byl.** Každá kontrola byla s ním, vždycky mě všude vozil. Nikdy mě už nenechával chodit samotnou.“ Vzhledem k tomu, že již měla v anamnéze HELLP syndrom a porod mrtvého plodu, navštěvovala žena mnohem častěji lékaře: „*Já jsem věděla, že jsem víc sledovaná, víc kontrolována, že si všichni asi budou dávat větší pozor, a tak to i bylo. Byla jsem sledovaná u více lékařů a probíhalo to dobře, až úplně v tom finále, potom ke konci těhotenství, jsem byla hospitalizována na rizikovém oddělení nějakou dobu. ... když jednou nebo dvakrát nebyl ten ultrazvuk úplně..., tak jsem začala zažívat stavy jako paniky. Nejhorší je ta ztráta toho dítěte. Bála jsem se o děti, o sebe ne. A bezprostředně před císařským řezem, kterej byl **opět akutní**, že se zase rozvíjela preeklampsie, tak to bylo fakt náročný. Byla jsem rada že už ležím na tom operačním sále. V tu chvíli jsem si uvědomila, těsně*

před tím, že chápu ty lidi, který spáchají sebevraždu z paniky, kteří mají nějakou panickou ataku, protože je to něco nepopsatelného.“

9.6.3 Vliv na společenský a pracovní život

Po svém návratu domů se obě ženy setkaly s rozmanitými reakcemi ze strany svého okolí, které sahaly od nepříjemných klepů a nevyžádané pozornosti novinářů až po úplné sociální odcizení. Tato škála reakcí přinesla další výzvy, s nimiž se musely vyrovnávat, a znatelně jim ztížila znovu se začlenit do společnosti. Tyto zkušenosti byly natolik silné, že obě ženy se nakonec rozhodly pro **změnu pracovního prostředí** ve snaze najít nový začátek a uniknout stigmatu, které se kolem nich vytvořilo.

Participantka A popsala svoji zkušenost následovně: *„Pak ty drby, co tady letěly po městě. Za mnou vlastně byli z toho **Aha! i z Blesku**. To bylo 14 dní po porodu. Nevím, kdo jim to řekl. To jsem jako odmítla. Chvilku to trvalo, než jsem začala chodit normálně do města. **Já jsem ani nechtěla jít pracovat. Jsem se úplně uzavřela do sebe.**“* Postupem času a malými krůčky začala žena překonávat své obavy a našla si novou práci. Společně s ní objevila i nové přítelkyně, které ji později velice pomohly: *„**Začala jsem se za čas zase smát, vtipkovat. Najednou jsem se zvedla a šlo to. Jediný, co jsem nechtěla je, se vrátit do stejné práce, protože jsem odtud odcházela těhotná, že jo. Nechtěla jsem všem vysvětlovat, proč už jako jdu zase do práce. Nechtěla jsem nikoho vidět, jen rodinu a ten kostel.**“*

Stejně jako předchozí žena, i **Participantka B** časem navázala nové vztahy a některé staré zpřetrhala. Taktéž zvolila změnu pracovního prostředí. Žena si všimla, že lidé, kteří jí byli v těhotenství nejbliž, se najednou přestaly ozývat. Naopak lidé z její minulosti, se kterými již dávno ztratila kontakt, ji nabídli podporu a byli tu pro ni: *„**Třeba kamarádka ze základky, kterou jsem neviděla 3 roky najednou přišla a zazvonila. Přišla na to kafe, přišla s flaškou, prostě to bylo skvělý, úžasný. A byla ta, která mi v tom pomohla. A vlastně moje nejlepší kamarádka, vůbec nic. Bylo to hrozně zvláštní, najednou se mi ten okruh lidí změnil na nějakou dobu. Pak se to zase tak nějak vrátilo.**“*

Když byla žena rozhodla, že je připravená se vrátit zpět do práce, došlo jí, že musí změnit pracoviště. Zvolila povolání, které se netýkalo porodnictví: *„**V tu chvíli jsem nebyla připravená na to rodit děti a pracovat na porodním sále. Protože každou tu maminku bych viděla, proč ona to miminko má a já ne. Proč ona ho donosí? Proč ona vykouří krabičku cigaret a má zdravý dítě a já to zdravý dítě nemám?**“* Po chvíli však zjistila, že jí práce

v porodnictví chybí a že jí naplňuje. Kontaktovala tedy porodní sál, kde pracovala před danou událostí, tam jí však návrat nebyl umožněn: „*Načež jsem nastoupila do jiné nemocnice na **gynekologické oddělení**, až jsem otěhotněla.*“ Po mateřské dovolené se žena opět vrátila pracovat na **porodní sál**, tentokrát v té nové nemocnici, kde pracovala před otěhotněním s dvojčaty: „*Když jsem se vrátila na sál, už to bylo zpracovaný, bylo to odžitý a **návrat byl v pohodě**. První mrtvý plod byl takový náročnější. Víc bych řekla, že se bály ty kolegyně a kolegové, jak to zvládnou než já sama. Jak jsem to měla zpracovaný, tak naopak jsem chtěla ty ženě pomoci a věděla jsem, jakou cestou se vydat.*“

9.6.4 Vliv perinatální ztráty na pojetí života

Taková událost může zcela obrátit život ženy naruby, přinášejíc směs emocí a nových perspektiv. Najednou se může objevit hluboká proměna ve způsobu, jakým vnímá svět kolem sebe; realita se jeví v novém světle, často přinášejíc nové hodnoty a priority. Problémy a starosti, kterým dříve věnovala velkou pozornost, nyní mohou působit nepodstatně, ztrácejíce na váze ve srovnání s hlubokým zážitkem ztráty. Tato zkušenost může vést k přehodnocení toho, co je v životě skutečně důležité, a může inspirovat ke změnám v osobním i profesním životě. Časem může tato proměněná perspektiva pomoci ženě nalézt nový směr a smysl, přestože se musí vyrovnat s hlubokým zármutkem a bolestí, které s sebou tato událost přináší. Něco takového popisuje i **Participantka A**: „*Některé věci, který jsem řešila dřív, jako aby bylo třeba všechno perfektní, doma uklizeno.... Řekla jsem si, že **život je o ničem jiném**. Zaměřuju se na rodinu, ale zároveň třeba mám čas i pro sebe. Třeba hrozně ráda zahradničím. Tak i pro sebe si už dokážu udělat čas. A pak si třeba sednu s tím kafem a koukám, jak jsem to všechno udělala na tom záhonku a někdy ale mám,.... A teď by tady byla se mnou a taťka, kdyby seděl naproti mně, tomu by se to líbilo. Je to hrozně očišťující jako, že potřebuješ si říct všechno tohle,*“ vypráví s úsměvem.

„*Já bych řekla, že už jsem se srovnala s tím, že **ji nemám, že mít dítě nebudu další**.* Žena se v tuto chvíli pozastavila a udělala delší pauzu. Později pokračovala v povídání: „*Možná i ty výčitky taky, že si říkám, že to nebyla moje vina. Ale zase prostě občas mám takový stavy a budu je mít do konce života. Ale už jsem schopná mluvit i s cizím člověkem o tom. **Takový to slzavý údolí, tak už nejsem**. Musíš se s tím prostě naučit žít, jinak to nejde. Ale čas to otupí. Máš okolo spoustu lidí, který tě potřebujou. Máš okolo sebe spoustu lidí, že když ty se složíš, tak jim to strašně ublíží. A to nejde, nemůžu se složit. **Občas bych ale potřebovala si lehnout do klubička, aby mě někdo hladil a řekl, že to bude dobrý,**“ povídá s pláčem.*

Podobnou změnu priorit v životě zažila i **Participantka B**: „*Já jsem byla dost rozmazlená holčička, která nebyla zvyklá na žádný překážky. V životě jsem nemusela moc pro nic dělat a najednou se to změnilo. Ten život mi dal tu ránu, a ukázal mi tu jinou stránku, že to není všechno jenom růžový a že nemáme všechno zadarmo, a že si musí člověk něco vydobýt, anebo si projít něčím nehezkým. Takže mám větší pokoru k životu. Nahlížím jinak i na ty rodičky a celkově na pacienty, na lidi jako takový. A smrti se od té doby nebojím, nějak tak ji přijímám, že je.*“ Její maminka se smrti bojí a v dětství tento strach převedla i na naši účastnici. Ona se snaží tento řetěz zpretrhat a naučit své děti, že smrt je přirozenou součástí života a není potřeba se jí bát.

9.6.5 Smysl této události

Je naprosto přirozené, že se ženy zasažené touto ztrátou, snaží najít její smysl. Proč se to stalo? Proč zrovna mě? I naše participantky si tuto otázku položily. **Participantka A** odpověděla: „*Starší dcera má teď svého andílka a že jí bude celý život ochraňovat. I když já už tady třeba nebudu. To mě napadlo mockrát a hrozně mi to pomáhá.*“ Žena našla po ztrátě dítěte víru v Boha. Díky víře má naději, že se s dcerou ještě setká.

Opověď **Participantky B** se však liší: „*...vidím, že by byly některý věci jinak. Kdo ví, jestli by byly špatně, nebo dobře, těžko říct. Asi mě to posunulo. Vidím, že věci nejsou jenom černý nebo jenom bílý.*“

DISKUZE

Tato bakalářská práce se věnuje zkoumání a analýze perinatální ztráty a prožívání žen, které se ní setkaly. Specifickým zaměřením je komunikace mezi zdravotnickým personálem a ženou prožívající tuto ztrátu, průběh a možnosti rituálu rozloučení s dítětem, stejně jako připravenost zdravotnických zařízení na adekvátní reakci a podporu v těchto výjimečně citlivých situacích. Dále práce zjišťuje, jakým způsobem žena a její blízká rodina zpracovávají a vyrovnávají se s touto ztrátou a jak tento zážitek ovlivnil jejich životy.

Hlavním cílem tohoto výzkumu je zjistit, jaké mají ženy prožitky a zkušenosti s perinatální ztrátou. Pro účely výzkumného šetření byly vybrány dvě ženy, jejichž zkušenosti s perinatální ztrátou se liší, jak v kontextu příčin, tak i v okolnostech. První účastnice, označená jako Participantka A, ztratila své dítě před šesti lety v důsledku komplikací během vaginálního porodu. Následně dítě zemřelo 4 dny po porodu. Druhá účastnice, označená jako Participantka B, přišla o své dítě před necelými osmi lety vlivem nerozpoznané preeklampsie a následně se rozvíjejícího HELLP syndromu, což vedlo k situaci, kdy již při příjezdu na porodní sál nebylo možné zachytit srdeční tep dítěte. V této kritické situaci bylo rozhodnuto o akutním provedení císařského řezu kvůli ohrožení života matky.

Dílčí cíl č. 1: Zjistit, jaký byl průběh těhotenství.

Tabulka 1: Dílčí cíl č. 1

Výzkumné otázky	Participantka A	Participantka B
Probíhalo těhotenství fyziologicky?	Těhotenství bylo zcela fyziologické, dokonce oproti předchozímu neměla žena gestační diabetes: „ <i>Chodila jsem na pravidelné prohlídky a všechno bylo v pořádku.</i> “ Jediné, čeho se obávala byla váha dítěte. Již první dcera vážila kolem čtyř kilogramů a při porodu se potýkali s dystokií ramének.	Výsledky krevních testů a screeningů již od počátku těhotenství naznačovaly, že průběh nebude zcela fyziologický: „ <i>...tam už vyšly zvýšený nějaký ty protilátky, vyšly tam špatně ty krevní testy. Na základě toho jsme teda byli posláni na amniocentézu a na ultrazvuky genetický podrobnější. S tím, že tam vyšlo i vyšší riziko preeklampsie. ...mělo se těhotenství teda víc hlídat, mělo být hlídanější.</i> “
Pocívala žena během těhotenství potíže související s ním?	Žena nepocívala žádné potíže, které by souvisely s těhotenstvím: „ <i>V pořádku. Žádný problém jsem neměla.</i> “	Žena pocívala symptomy, které naznačovaly, že může být zvýšené riziko preeklampsie či HELLP syndromu: „ <i>měla jsem fyzický různý příznaky, který jsme teda asi špatně zařadili. Měla jsem, když to shrnu obrnu lícního nervu, ...nějaký vysoký tlaky tam byly, ...dvojitý vidění tam bylo taky... i oranžový prsty...</i> “

Jakým způsobem žena podporovala fyziologický průběh těhotenství?	Obě ženy uvedly, že své životní styly kvůli těhotenství nezměnily. Participantka A uvedla, že vzhledem k fyziologickému průběhu, nepodnikla žádné změny pro podporu fyziologického těhotenství. Neměla k tomu důvod. Participantka B uvedla, že vzhledem k jejímu fyzickému stavu během těhotenství nebyla schopna provést změny životního stylu: „ <i>Mě vlastně bolela stydká spona, všechno mě bolelo. Takže jsem ani necvičila, nic.</i> “
--	--

Zdroj: vlastní zpracování

Průběh těhotenství u žen probíhal zcela odlišně. Zatímco Participantka A měla fyziologické těhotenství, které probíhalo dokonce lépe než to první, Participantka B pocítovala mnohé potíže spojené s ním. Vzhledem k tomu, že Participantka B je profesí porodní asistentka, dá se usoudit, že lékaři očekávali, že si žena potíže diagnostikuje sama: „*Tlak se vlastně přeměřil 4x, až z toho vyšlo těch 120/80, že jo. A takový to: Ty si to ohlídáš, vid'. Takže když to tak jako zpětně zhodnotím, tak věděla jsem, že je něco špatně.*“ Americká studie z roku 2016 (Gibbins, Dilver, Pinar et al., s. 61-68) sledovala v letech 2006-2008 v 59 porodnicích spojitost mezi mrtvorozeností a špatnou funkcí placenty, která mimo jiné způsobuje preeklampsii a další potíže v těhotenství. Výsledky studie prokázaly, že až 9,2 % úmrtí bylo způsobeno potížemi žen s vysokým krevním tlakem. Rozhodně bychom neměli brát na lehkou váhu hypertenzi v těhotenství a ženám jí trpící by se měla věnovat větší pozornost.

Participantka B také sdílela moment ze svého těhotenství, kdy měla zvláštní pocit ohledně průběhu nastávajícího porodu. Intuitivně cítila, že něco nebude v pořádku: „*...a říkala jsem si, že já to dítě asi stejně mít nebudu...*“ Stejně tak i Participantka A měla obavy. Cítila, že kontrakce, byly jiné než při prvním těhotenství: „*Už ze začátku mi to ale všechno přišlo strašně divný. ...byly bolesti jiné, takový víc intenzivní a píchavý.*“ Výzkum Warlandové et al. (2018, s. 171-176) sledoval spojitost mezi instinktem ženy a mrtvorozeností. Studie se celkem zúčastnilo 146 žen, které zažily perinatální ztrátu a 234 žen, kterým se narodilo živé a zdravé miminko. Celkem 110(75 %) žen, které měli zkušenost s mrtvorozeností odpovědělo, že je instinkt varoval před blížícím se porodem, měly obavy. Pouze 28(12 %) žen, kterým se narodilo živé dítě, mělo tuto intuici. Až 40 %, kterým dítě zemřelo, uvedlo, že tento pocit nastal v momentě, kdy pocítily změny v pohyblivosti plodu, ať již snížené či zvýšené. Z tohoto vyplývá, že intuice a obavy ženy mohou být zcela oprávněné a zdravotníci by tyto pocity neměli bagatelizovat.

Dílčí cíl č. 2: Zjistit, jaký byl průběh porodu.

Tabulka 2: Dílčí cíl č. 2

Výzkumné otázky	Participantka A	Participantka B
Kdy a jak porod začal?	U obou žen začal porod o 14 dní dříve, tedy ve 38. týdnu těhotenství, když byli ve svých domovech. Participantce A praskla voda, a tudíž vyrazila ihned do porodnice. Participantka B po začátku kontraktní činnosti se snažila zůstat doma, dokud vaginální nález nebude odpovídat adekvátnímu porodnickému nálezu, sama se vyšetřovala.	
Rodila žena vaginálně či císařským řezem?	Vzhledem k fyziologickému průběhu těhotenství byla zde jasná volba, a to vaginální porod. Avšak v určité části porod nepostupoval a žena začínala pochybovat o tom, zda to zvládne. Žádala o císařský řez, který jí byl odmítnut: „ <i>Já jsem furt chtěla toho císaře, když přišel doktor, to je první, co jsem mu řekla.</i> “	Vzhledem k akutnosti situace a zdravotnímu stavu ženy, byl zvolen císařský řez. Žena byla za tuto volbu ráda, a to i z toho důvodu, že nechtěla v sobě mít nadále své mrtvé dítě: „ <i>Tak najednou mít jako mrtvolku v sobě bylo pro mě hrozný.</i> “
Jak probíhala I. a II. doba porodní?	Žena vnímala kontrakce již v I. době porodní velice intenzivně. V porovnání s prvním porodem, byly bolesti dle ní pichlavé a již ze začátku měla z toho špatný pocit. Později porod nepostupoval a žena dostala infuzi s oxytocinem na podporu kontraktní činnosti. II. doba porodní byla pro ni náročná, protože se její dítě zaseklo ramínky a trvalo delší dobu, než přišlo na svět. Ihned po tom její holčičku 45 minut resuscitovali.	Žena strávila I. dobu porodní téměř celou doma. Sama se vyšetřovala a snažila se bolest tlumit polohováním a hydroterapií. Později bohužel měla pocit, že kontrakce neustávají, děloha byla v hypertonu. Na základě toho se vydala do porodnice, kde již zjistila, že srdíčko dítěte nebije. Během pár minut byl proveden akutní císařský řez.

Zdroj: vlastní zpracování

Stejně jako těhotenství, tak se u žen lišil i způsob a průběh porodu. Participantce A začal porod odteklou plodovou vodou. Další krok byl jasný, a to jet do porodnice. Cestou začala žena pociťovat silné kontrakce, které ji znepokojovaly. Ihned při příjmu byla ženě nabídnuta injekce na bolest a ona ji v tu chvíli uvítala. Zpětně si to ale vyčítá. Žena popisovala, že se jí porod zdál velice dlouhý, hlavně protože v určité fázi porodu nedocházelo k progresi: „*Nebyl žádný postup. A jsem to cítila, já jsem se cítila jako kámen, který prostě nikam nejde dál.*“ Z tohoto důvodu bylo rozhodnuto, že ženě aplikují pomocí infuze oxytocin. Žena již byla v této fázi porodu zoufalá a prosila o císařský řez. Zde nastává otázka: Je

vhodné provést císařský řez na základě přání rodičky? Dle Křepelky (2008, s. 303-307) rozhodnutí o provedení císařského řezu je často založeno spíše na zkušenostech a posouzení lékaře než na pevných vědeckých důkazech, s primárním cílem minimalizovat rizika spojená s vaginálním porodem. Když se těhotná žena rozhodne pro císařský řez bez bezprostřední medicínské nutnosti, považuje toto rozhodnutí za oprávněné a přijatelné. Tento proces je hluboce individuální a není možné jej zjednodušit do formy univerzálně aplikovatelných pokynů. Těžko lze tedy posoudit, zda pouhé přání ženy v tomto případě je opodstatněný důvod pro provedení císařského řezu. Ovšem musíme brát v potaz i informaci, že se jednalo o nepostupující porod. Begum (2017, s. neuvedeno) ve své studii uvádí, že indikace k akutnímu císařskému řezu pro prolongovaný porod patřila mezi 5 nejčastějších indikací, a to v zastoupení 16 % z celkových císařských řezů provedených v rámci sledovaného souboru. Těžší byla pro ženu ovšem II. doba porodní, kdy trvala déle, než by měla: „*Už ji vyndejte, proboha už ji vyndejte!*“ křičela žena. Po narození holčičky byla nutná její resuscitace, dle Participantky A ji resuscitovali 45 minut. Nejdelších 45 minut v jejím životě.

Na rozdíl od předešlé ženy, Participantka B strávila téměř celou I. dobu porodní doma. Jako porodní asistentka moc dobře ví, že nemá význam jet do porodnice hned, jakmile začnou bolesti. Do porodnice je vhodné vyrazit až ve chvíli, kdy tyto kontrakce začnou být pravidelné (při zachovalé plodové vodě). Díky jejím znalostem se žena pokoušela ulevit od bolesti pomocí polohování, které střídala s teplou vanou či sprchou. V mezičase se i sama vaginálně vyšetřovala. Vaginálním nálezem se řídila do té doby, dokud mu odpovídala intenzita kontrakcí. V průběhu začaly kontrakce zesilovat a neustávaly při neodpovídajícímu vaginálnímu nálezu, proto se rozhodla vyrazit do porodnice. Při příchodu na porodní sál, již nemohli najít tlukot srdíčka. Kvůli zhoršenému zdravotnímu stavu ženy způsobeného potížením v těhotenství, podstoupila akutní císařský řez. Dle ženy to byla správná volba i přesto, že to není běžný postup u mrtvých plodů: „*Takže ten císařský řez bylo asi pro mě jediný východisko.*“

Dílčí cíl č. 3: Zjistit, jak byla porodnice připravena na perinatální ztrátu.

Tabulka 3: Dílčí cíl č. 3

Výzkumné otázky	Participantka A	Participantka B
Jak probíhala komunikace mezi ženou a personálem porodnice?	Žena byla velice nespokojená s přístupem a komunikací personálu v porodnici. Měla pocit, že nerespektovali její přání a pocity. Bagatelizovali její obavy a soudili ji na základě vzhledu: „ <i>Jste silná jako kůň. Úplně nesnáším tuhle větu.</i> “ Jiná situace nastala na neonatologickém oddělení v jiné porodnici, kam převezli její dceru. Žena byla velice vděčná za vstřícný a lidský přístup.	Protože žena rodila ve stejné porodnici, kde pracovala, tak se o ni starali její kolegové a kolegyně (přátelé). Je tedy naprosto jasné, že její zkušenost byla pozitivní. Ocenila ochotu a vstřícnost svých kolegů.
Byla žena v péči PAS či lékaře?	Zpočátku se o ženu staraly porodní asistentky, které dle ženy byly „fajn“. Později se do týmu přidal i její porodník, který ženě přišel arogantní a působil na ní jako velký cynik. Takto se vyjádřil k tomu, jak se věci vyvinuly: „ <i>Tak to víte, co vám k tomu mám říct, to se někdy stává.</i> “	Pro akutnost císařského řezu se o ženu staraly jak porodní asistentky, tak i lékaři. Žena k nim neměla žádné výhrady.
Jakým způsobem porodnice zprostředkovala rozloučení matky s dítětem?	Rozloučení proběhlo až na druhém pracovišti v perinatologickém centru. Personál ženě a jejímu partnerovi poskytl dostatek času se s dítětem rozloučit. Taktéž ji obstaral veškeré informace o následné péči a dalších krocích.	Žena a její partner se s dítětem rozloučila, když ležela na jednotce intenzivní péče. Sama má tento moment v mlze, kvůli doznívající anestézii a lékům. Byla za možnost rozloučení velice vděčná, protože to je okamžik, který se nedá již nikdy vrátit.
Umožnila porodnice vytvoření upomínkového předmětu?	Díky připravenosti neonatologického oddělení má žena mnoho upomínkových předmětů na svou dceru. Mezi ně patří malá chobotnička, andílek z korálku, otisky nožiček a fotografie.	Dle ženy nebylo v té době ještě standardem, že se v této porodnici poskytovaly upomínkové předměty. Vděčí však své mladé kolegyni, která převzala iniciativu a pořídila ženě fotky syna.
Byl v porodnici k dispozici zdravotnický pracovník vyškolený k poskytování psychické podpory?	Ženě nebyla poskytnuta žádná odborná pomoc v porodnici, kde rodila. Nabídka přišla až na neonatologickém oddělení. Byla za ni ráda.	Původně byla ženě odborná psychická podpora nabídnuta, ale i přes zájem ženy, se nikdo nedostavil. Z jakého důvodu, není známo.

Zdroj: vlastní zpracování

Participantka A měla velice špatné zkušenosti s komunikací personálu v porodnici. K porodním asistentkám se příliš nevyjádřila, ale měla mnoho výhrad k ošetřujícímu lékaři. Lékař působil arogantně a nad věcí. Nebral v potaz pocity a přání ženy: „*Myslím si teda, že hlavně by měli dbát na to, jak se ta ženská cítí...*“ Nejvíce ji zasáhla poznámka personálu, která ji přirovnávala ke koni. Žena je korpulentní postavy a personál tím chtěl vyjádřit, že bude určitě mít sílu na porod. Je to opravdu nešťastný výběr slov. Zdravotníci si musí uvědomit, že ženy jsou v těchto situacích velice zranitelné a určitá slova, která se jim zdají bezvýznamná, mohou ženám utkvět v paměti navždy. Taktéž zde vážla informovanost ze strany personálu. Ten prováděl úkony, aniž by ženu upozornili, o co se jedná: „*Neinformovali o tom, co mi podávají. Ptal se na to akorát manžel a až následně mu vysvětlili, že je to na zesílení kontrakcí.*“ Studie z roku 2013 (Takács, Seidlerová, s. 269-275) s názvem *Prediktory spokojenosti s perinatální péčí v České republice*, zkoumala zkušenost a spokojenost 1195 rodiček, které rodily v letech 2005-2012, s poskytovanou péčí zdravotníků. Ukázalo se, že pokud jsou ženy předběžně obeznámeny s plánovanými zákroky a vyšetřeními, je výrazně vyšší pravděpodobnost, že budou s péčí spokojené, téměř třikrát vyšší. Velkou roli hraje vstřícný a laskavý přístup lékaře a porodních asistentek. Pokud má zdravotnický personál respektující přístup k rodičce, šance, že doporučí danou porodnici, vzrůstá až o 130 %. V tomto případě můžeme se stoprocentní jistotou říct, že Participantka A danou porodnici nikomu nedoporučí. Spokojenost Participantky B s personálem může být ovlivněna faktem, že byla zaměstnankyní této instituce a pečující porodní asistentky byly zároveň jejími přítelkyněmi.

Jak neonatologické oddělení, na které byla převezena dcera Participantky A, tak i porodnice, ve které podstoupila císařský řez Participantka B, zprostředkovaly ženám rozloučení s jejich dětmi. Obě zařízení umožnily rozloučení i partnerům žen. Participantka A neváhala ohledně rozhodnutí vidět své dítě. To nemůžeme říct o Participantce B. Zpočátku byla žena na vážkách. Potřebovala čas, aby učinila správné rozhodnutí: „*takže rozloučení proběhlo a do dneška za to strašně děkuju všem těm zdravotníkům, protože to je věc, kterou prostě nevrátíš!*“ Výzkum Ratislavové a kol. (2016, s. 30-35) prozkoumal rozhodnutí 18 žen, ve věku 28-40 let, o kontaktu se svým dítětem po perinatální ztrátě. Více než polovina žen (56 %) nevyužilo možnosti rozloučení se svým dítětem. Tento výsledek v České republice se značně liší od těch, které prezentují odborníci z anglicky mluvících zemí nebo Skandinávie. V těchto zemích pouze 5-9 % žen se rozhodlo nemít kontakt se svým zemřelým

dítětem. Rozhodovací proces žen v případě perinatální úmrtí a následný kontakt s jejich zesnulým dítětem je dle studie ovlivněn jak vnitřními (touha ženy poznat své dítě a strach z kontaktu), tak vnějšími faktory (podpora a profesionální rady od zdravotnického personálu). Vnitřní pocity ženy mohou být rozporuplné, přičemž v konečném důsledku hraje klíčovou roli podpora z jejího okolí. Výzkum ukázal, že pokud žena učiní nezávislé rozhodnutí o kontaktu se zemřelým dítětem, má to pozitivní vliv na míru jejího zármutku. U matek, které se rozhodly samy a byly si svého rozhodnutí jisté, byl smutek signifikantně méně intenzivní než u matek, kde rozhodnutí padlo na straně zdravotníků.

Pokud bych měla porovnat neonatologické oddělení, kde měla rozloučení Participantka A a porodnici, kde rodila Participantka B, určitě bych vyzdvihla neonatologické oddělení. Nejen že ženu zapojili do péče o dítě předtím, než zemřelo, ale také poskytli krásné upomínkové předměty. Ratislavová, Beran a Kašová (2012, s. 505-508) měli za cíl ve svém výzkumu zjistit způsob nabízení rituálů rozloučení s dítětem u žen po perinatální ztrátě v České republice. Výzkumu se zúčastnilo 63 žen, kterým se narodilo již mrtvé dítě a 20 žen, kterým zemřel novorozenec v časném poporodním období. Výsledky ukazují, že upomínku získalo pouhých 17,5 % žen po porodu mrtvého plodu a z toho 64 % si fotografii pořídilo samo. Lepší výsledky byly zaznamenány u žen po časném novorozeneckém úmrtí, kdy 55 % matek získalo upomínku na své dítě a až 82 % uvedlo, že tuto upomínku jim věnoval personál. Ženy, které upomínku na své dítě nemají uvedly, že hlavním důvodem, proč jim tato upomínka chybí je, že nebyla tato možnost ze strany personálu nabídnuta.

Dalším tématem, na které jsem se v rámci tohoto cíle zaměřila je poskytnutí odborné psychické pomoci daným zařízením. Ani jedna z porodnic tuto službu ženám nezajistila. Participantky uváděly, že se ocitly v šokovém stavu. Objevovaly se u nich pocit viny a selhání. Přiznaly se, že by využily odborné pomoci v porodnici, pokud by mohly. Participantce B sice tuto pomoc nabídli, avšak schůzka s odborníkem nikdy neproběhla. Ve výše zmíněné studii Ratislavové a kol. (2012, s. 505-508) bylo zaznamenáno, že 44,5 % žen využilo odbornou pomoc psychologa či psychiatra.

Dílčí cíl č. 4: Popsat, jakým způsobem se žena s perinatální ztrátou vyrovnávala?

Tabulka: Dílčí cíl č. 4

Výzkumné otázky	Participantka A	Participantka B
Jak se žena s dítětem rozloučila?	Žena se s dítětem fyzicky rozloučila na oddělení neonatologie. Personál ji vytvořil upomínkové předměty, za které je vděčná. Žena si své dítě nikdy nepochovala a zpětně toho lituje: „ <i>Já jsem ji chtěla cítit teplou.</i> “ Účastnice taktéž uspořádala svému dítěti pohřeb a každých 7-14 dní chodí dceru navštěvovat na hrobeček.	Tato žena se se svým dítětem taktéž rozloučila ve zdravotnickém zařízení. O tělíčko dítěte se postarala instituce Modrá pomněnka. Zprostředkovali zpopelnění. Žena uvedla, že zatím své dítě nepohřbila, protože na to není připravená. Tudíž rozloučení v rámci obřadu zatím neproběhlo.
Jakým způsobem pomohl partner ženě se vyrovnat se ztrátou dítěte?	Obě ženy uvedly, že jim partner byl velkou oporou. Postavili se do role ochránce a snažili se být silní pro své ženy. Vyslechly je, když to potřebovaly. Participantka B však uvedla, že poté, co ona tento zážitek zpracovala, její partner se zhroutil: „... <i>a když já jsem to měla zpracovaný, tak on se sesypal.</i> “ Potřeboval odbornou pomoc.	
Jaké metody pomohly ženě se s touto ztrátou vyrovnat?	Participantka A našla po této tragédii víru v Boha, která jí dává naději. Dále ji neskutěčně pomohla opora rodiny a její starší dcery. Mohla s nimi o tom mluvit a dali ženě prostor pro truchlení.	V první řadě jí pomohl partner a syn. Přiznala se, že vztah s její matkou v této těžké době zažíval neshody. Tudíž narozdíl od Participantky A nemohla se v takové míře obrátit na rodinu. Ženě pomohla taktéž odborná psychická pomoc, kterou si sama vyhledala.
	Ženy uvedly i další metody, které jim pomohly se s touto ztrátou vyrovnat. Obě potřebovaly čas pro sebe a vzpomínat na své dítě. Dívají se na upomínkové předměty, vybavují si okamžiky, kdy ještě byly těhotné. Obě ženy uvedly, že se jednou začas potřebují vyplakat a dostat emoce ven.	

Zdroj: vlastní zpracování

Obě ženy se se svým dítětem rozloučily, jak již bylo výše zmíněno, ve zdravotnickém zařízení. Ovšem tímto cesta loučení nekončí. Participantka A spolu s rodinou pro své dítě po perinatální ztrátě uspořádali pohřeb, což jim umožnilo rozloučit se v rámci oficiálního obřadu. Následně se obrátila k víře jako ke způsobu, jak zpracovat svůj smutek a pocit ztráty. Pravidelné nedělní návštěvy kostela společně se svou starší dcerou a partnerem jí poskytují pocit bližšího spojení se zemřelým dítětem, stejně jako návštěvy na jeho hrobu. Večerní modlitby a pozdravy směrem k její dceři se staly důležitou součástí jejího denního rituálu. Tento způsob, jakým se žena s perinatální ztrátou vyrovnává, ukazuje, jak hluboký vliv může

mít víra a duchovní praktiky na proces smutečného zpracování. Podobné spirituální změny u páru po perinatální ztrátě zaznamenala Drahotová (2016, s. 56) ve své kvalifikační práci zabývající se dopadem perinatální ztráty na partnerský vztah. Jedna z participantek se dokonce rozhodla, že se nechá pokřtít. Zavadská (2020, s. 84) ve své kvalifikační práci, Psychologické aspekty truchlení rodičů po ztrátě dítěte, taktéž uvádí, že se ženy po perinatální ztrátě začaly více zajímat o posmrtný život. Participantka B na druhou stranu učinila rozhodnutí prozatím své dítě nepohřbít: „...nemáme ho pohřbeného, protože to nedospělo do fáze, kdy já jsem schopna ho dát do hrobu, takže ho máme doma.“

Ženy vyzdvihly důležitou roli, kterou na jejich cestě k vyrovnání se s touto ztrátou hráli jejich partneři. Byli jim velkou oporou. Pokud si o tom ženy chtěli promluvit, tak spolu mluvili. Pokud měly ženy období, kdy se tomuto tématu chtěly vyhnout, partneři to respektovali. Postavili se do role, jakého si silného ochránce, a své city občas potlačovali, protože se snažili tu hlavně být pro své ženy. Svě vlastní potřeby dávali stranou. To se bohužel podepsalo na stavu partnera Participantky B. Poté, co žena tento zážitek zpracovala, na jejího partnera veškerá tíha, kterou nesl za dva, dolehla: „...že já jsem to zpracovala dřív. On mi byl oporou, a když já jsem to měla zpracovaný, tak on se sesypal.“ Velice důležitou roli v životě obou žen hrála rodina. Zpočátku se obě ženy spoléhaly výhradně na podporu z jejich strany. Rodina Participantky A se snažila každý den najít způsoby, jak ji rozptýlit, například karetní hrou nebo zkoušením nových činností, a společně mluvili o dané události, kterou prožili. Myšlenka žen na to, že se musí postarat o jejich děti a manželi, poskytovala oběma sílu pokračovat i přes každodenní výzvy. Participantka B však čelila neshodám se svou matkou, která od ní očekávala rychlé zotavení: „Nesmíš brečet, musíš se vzchopit! To byly slova, za který já jsem ji hrozně nenáviděla.“ Dle ženy měla její matka strach ze smrti a snažila se myšlenky na ni vytěsňit. Tento strach předala i ženě, ta se nyní snaží, aby toto generační trauma nepřenesla na své děti.

Dále velice důležitou součástí procesu uzdravení je vytváření rituálů a tradic. Participantka A vytvořila řadu rituálů souvisejících s její vírou v Boha. Mimo jiné každý rok peče dort v den narození svého dítěte a čtyři dny poté, peče další dort pro svou starší dceru, která má bohužel narozeniny ve stejný den, kdy došlo k úmrtí jejího sourozence. Snaží se soustředit pouze na radost z narození své prvorozené dcery. Občas se dívá na fotografie své zesnulého dítěte, aby si ho připomněla. V těchto chvílích preferuje být o samotě, jelikož neudrží slzy a potřebuje se vyplakat. Participantka B prožívá podobné pocity. Má píseň, která v ní vzbuzuje silné emoce. Při poslechu hudby si prohlíží fotografie a pláče. Na počest svého

zesnulého syna taktéž zapaluje svíčku v den jeho narození. Stejně tak i participantky výzkumu Zavadské (2020, s. 77, 81) uvádějí, že si vytvořily rituály (zapálení svíčky, sešlost rodiny v den výročí), kterými si připomínají své dítě. Dané ženy také uvedly, že jednou z metod, která jim pomáhá překonat ztrátu je pláč. Rituály hrají klíčovou roli v procesu vyrovnávání se s náročnými životními situacemi, poskytují ženám prostředek k udržení vzpomínek na ztracené dítě a umožňují jim vyjádřit a zpracovat své pocity. Tyto praktiky nejenže pomáhají zachovat vzpomínku na dítě, ale také nabízejí cenný způsob, jakým mohou ženy projevit a projít svými emocemi v bezpečném a smysluplném kontextu.

Dílčí cíl č. 5: Zjistit, zda žena vyhledala odbornou či laickou pomoc v rámci psychické podpory.

Tabulka 5: Dílčí cíl č. 5

Výzkumné otázky	Participantka A	Participantka B
Jakou pomoc žena vyhledala?	Odbornou i laickou pomoc vyhledala pouze Participantka B. Zprvu oslovila psycholožku, se kterou se bohužel neshodovaly v představách o potřebné péči. Dále žena oslovila psychiatricku, která jí byla velice nápomocná a měly spolu několik sezení. Byla jí nabídnuta i medikamentózní terapie, tu však žena nepovažovala za nutnou. Souběžně s odbornou pomocí využila žena i laickou z řad žen, které si prošly stejnou událostí. Pomocí online fór jako je E – mimino nebo Prázdná náruč si našla žena novou přítelkyni.	
Po jaké době od perinatální ztráty tuto pomoc vyhledala?	Nevyhledala odbornou ani laickou pomoc	Participantka B vyhledala odbornou pomoc po návratu z porodnice. Bylo to v momentě, kdy se cítila takto: „...že teď si jako chci sednout do auta a teď chci prostě ne-být.“
Jaké jsou výsledky odborné či laické pomoci?	Nevyhledala odbornou ani laickou pomoc.	Jak odborná, tak i laická podpora ženě velice pomohla. Díky tomu byla o krok blíže k uzdravení.
Proč žena nevyužila laické či odborné pomoci?	Participantka A nevyhledala tyto služby, protože jí byla dostatečnou oporou rodina. Uvedla, že jí ani nenapadlo pomoc vyhledat.	

Zdroj: vlastní zpracování

Pouze Participantka B vyhledala odbornou i laickou podporu. Její volba vyhledat pomoc mohla být ovlivněna jejím povoláním ve zdravotnictví. Jako zdravotník je dostatečně edukována o rizicích spojených s traumatem a důležitostí včasné intervence, aby se předešlo možným komplikacím, které by mohly z traumatické zkušenosti vyplynout. Druhy podpory, které žena využila jsou popsány výše v tabulce (Tabulka 5). Participantka A se rozhodla

nevyužít žádnou z předchozích forem podpory. Uvedla, že hlavním zdrojem opory jí byla vlastní rodina, a proto necítila nutnost hledat další pomoc. Také měla výhrady vůči sdílení svých emocí s lidmi, se kterými není osobně spojena. Když byla dotázána, jestli by v současnosti uvažovala o využití takové pomoci, odpověděla, že by ji to děsilo: „*Já mám asi strach, že se ve mně otevře něco... Možná se mi uleví, ale otevřeli by se i ty rány.*“ V již výše zmíněné studii (Ratislavová, Beran, Kašová, 2012, s. 505-508) využilo odborné pomoci psychologa 35 % žen, psychiatra 9,5 % žen, 13 % žen se obrátilo na duchovního a 13 % žen na léčitelé či využilo alternativní medicínu. Svépomocné skupiny využilo až 52 % žen. V náročných situacích, jako je ztráta dítěte, někteří rodiče nacházejí útěchu v radách poskytovaných zdravotními pracovníky, zatímco jiní dávají přednost specializované psychologické péči. Psycholog nebo psychoterapeut poskytuje prostor pro naslouchání, nabízí emocionální podporu a radí, jak zvládat pocity žalu, zabývá se vzniklými psychickými traumaty a preferuje psychologické metody léčby před léčbou medikamenty. Někteří rodiče se však vyhýbají psychologické pomoci a preferují sdílení zkušeností s někým, kdo si prošel podobnou situací, což vede mnohé k hledání útěchy ve skupinách vzájemné pomoci, které se objevují po celém světě od 60. let 20. století. Tyto skupiny umožňují sdílení osobních zkušeností, pomáhají překonávat pocit osamělosti a izolace. Klíčové hodnoty zahrnují nezávislost, autenticitu, naději a solidaritu. Je důležité, aby ženy dostávaly informace o dostupné profesionální i neprofesionální podpoře ještě před opuštěním nemocnice, což jim umožní rozhodnout se o využití této pomoci.

Dílčí cíl č. 6: Zjistit, jak ovlivnila perinatální ztráta život ženy.

Tabulka 6: Dílčí cíl č. 6

Výzkumné otázky	Participantka A	Participantka B
Měla žena po perinatální ztrátě další děti?	Žena uvedla, že chtěla počít další dítě hned, jakmile jí to zdravotní stav dovolí. Její partner měl však z dalšího těhotenství obavy: „... <i>a nechtěl to kvůli tomu, aby neztratil mě.</i> “ Navzdory počáteční snaze o další dítě, rozhodli se, že se již o početí nebudou pokoušet. Další dítě již neměli.	Páru se podařilo otěhotnět již 5 měsíců po perinatální ztrátě, dokonce rovnou s dvojčaty. Těhotenství prožívala žena ve strachu o své děti. Naštěstí již bylo hlídáno nejšší, a to dokonce několika doktory. Partner byl ženě oporou a doprovázel ji na všechna vyšetření. Žena rodila opět akutním císařským řezem kvůli rozvíjející se pre-eklampsii. Vše dobře dopadlo a nyní má zdravá dvojčátka.

Změnila ztráta dítěte partnerský vztah ženy?	Obě ženy uvedly, že tato zkušenost jejich vztahy upevnila. Participantka A: „ <i>Náš vztah to posílilo. Byli jsme si navzájem oporou.</i> “ Stejný pocit má i Participantka B: „ <i>...ale celkově to ten vztah spíš otužilo. Už víme, že nějakou takovou situaci umíme zvládnout, že to není lehký, ale nějak se to dá.</i> “
Změnila tato událost pracovní a společenský život ženy?	Jak Participantka A, tak i Participantka B se již nevrátila na své předchozí pracoviště. Obě ženy uvedly, že by nezvládly konfrontaci se svými kolegy. Participantka A si našla v nové práci přítelkyně, které ji velice podpořily a pomohly. Okruh lidí po této události se u žen velice změnil. Přátelé, které je provázeli těhotenstvím, se najednou neozvali a báli se s ženami o jejich zážitku mluvit. Naopak se v jejich životě objevili lidé, které neočekávaly.
Jak vnímá žena tuto událost s odstupem času?	Životní priority participantek se po této zkušenosti změnily. Věci a situace, které jim předtím přišly důležité, jsou nyní téměř bezvýznamné. Obě se nyní soustředí na čas prožitý s rodinou a samy se sebou. Získaly pokoru k životu a nový pohled na smrt

Zdroj: vlastní zpracování

Těhotenství po prožití perinatální ztráty je pro ženy a jejich partnery velice stresující událostí plné ambivalentních pocitů, jako je naděje a vzrušení z nového těhotenství, ale zároveň strach, obavy, zranitelnost a nejistota ohledně možné nové ztráty. Participantka A po perinatální ztrátě již žádné další děti neměla. Otěhotnět s předchozím dítětem pro ně nebylo snadné. Po perinatální ztrátě se o početí zprvu snažili, avšak marně. Partner ženy se již z počátku přikláněl k tomu, aby se o další dítě už nesnažili, a to hlavně kvůli tomu, že se bál o ženu. Měl strach, že o ni přijde. Opačný příběh potkal Participantku B. Ta otěhotněla již pět měsíců po perinatální ztrátě. Zjistila, že čeká dvojčata, chlapečka a holčičku: „*...já neumím otěhotnět a najednou jsem otěhotněla hned, ještě dvě.*“ Žena považovala toto těhotenství za zázrak: „*Říkala jsem si, že je to shůry dáno.*“ Participantka B byla tentokrát pečlivě sledována více lékaři. Podstoupila více kontrol a vyšetření než v předchozím těhotenství. Partner jí byl velkou oporou a všude ji doprovázel. Samozřejmě měl obavy o zdraví své ženy i dětí. Gower et al. (2023, s. neuvedeno) zkoumal potřeby partnerů v těhotenství po perinatální ztrátě. V této studii rodiny dokázaly specifikovat oblasti, které by zlepšily zkušenost s jejich následujícím těhotenstvím. Rodiče požadovali kvalitní klinickou a psychosociální perinatální péči, která by byla specificky přizpůsobena jejich zkušenosti s předchozím perinatální ztrátou. Rovněž si přáli navázat spojení s ostatními, kteří procházejí podobnou situací.

Obě ženy se rozhodly pro změnu pracoviště. Participantka A uvedla, že nechtěla všem vysvětlovat, proč nastupuje do práce po tak krátké době a nechtěla mluvit o smrti své dcery s cizími lidmi. V novém pracovišti si žena utvořila přátelství, která dodnes trvají. Nové

kolegyně ji emočně a psychicky podpořily. Participantka B se nechtěla vrátit k práci na porodním sále, protože na to nebyla připravená. Kladla by si otázky typu: „...*proč ona to miminko má a já ne. Proč ona ho donosí? Proč ona vykouří krabičku cigaret a má zdravý dítě a já to zdravý dítě nemám?*“ Z tohoto důvodu zvolila práci mimo porodnictví. Později si ale uvědomila, že jí nová práce nenaplnuje jako práce porodní asistentky. Chtěla se vrátit na původní pracoviště, to jí však nebylo umožněno. Proto oslovila jinou porodnici. K práci na porodním sál se vrátila po mateřské dovolené, kterou měla s dvojčaty. Můžeme tedy usoudit, že pro ženy bylo mnohem přijatelnější nastoupit do nového pracoviště než se vrátit k původní práci.

Ženy uvedly, že lidé v jejich okolí nevěděli, jak k této situaci mají přistupovat. Nebyli dostatečně informovaní o tom, jak mají s rodinami po takové události komunikovat. Z tohoto důvodu se ženám okruh lidí změnil. Někteří jejich přátele vyčkali, a kontaktovali je až po dlouhé době od události. Na druhou stranu se v životě žen objevili lidé, se kterými dlouhou neměli žádný kontakt. Tito lidé se nebáli o jejich ztrátě mluvit a nabídli jim podporu. Participantky vyjádřily, že jejich hlavní potřebou bylo být vyslyšeny. Nechtěly žádné rady či návrhy řešení. Bylo pro ně důležité mít možnost otevřeně mluvit a vyjádřit své pocity a zkušenosti, sdílet své myšlenky a emoce bez toho, aby byly směřovány k určitému řešení. Toužily po prostoru, kde by mohly bez omezení mluvit, a od ostatních očekávaly především naslouchání a pochopení.

Taková zkušenost dokáže život rodiny změnit. Nejen život, ale i přesvědčení, priority a pohled na smrt. Participantka A přehodnotila své hodnoty: „*Některé věci, který jsem řešila dřív, jako aby bylo třeba všechno perfektní, doma uklíze-no.... Řekla jsem si, že život je o ničem jiným. Zaměřuju se na rodinu, ale zároveň třeba mám čas i pro sebe.*“ Zaměřuje se v životě jen na to dobré. Našla víru v Boha a má naději, že se jednou se svou holčičkou setká: Snaží se v této ztrátě najít smysl: „*Starší dcera má teď svého andílka a že jí bude celý život ochraňovat. I když já už tady třeba nebudu. To mě napadlo mockrát a hrozně mi to pomáhá.*“ Participantka B popsala svůj život před perinatální ztrátou jako snadný: „*Já jsem byla dost rozmazlená holčička, která nebyla zvyklá na žádný překážky. V životě jsem nemusela moc pro nic dělat a najednou se to změnilo.*“ Změnilo jí to. Získala nový pohled na svět i na smrt: „*A smrti se od té doby nebojím, nějak tak ji přijímám, že je.*“ I ona se snaží v této ztrátě najít smysl: „...*vidím, že by byly některé věci jinak. Kdo ví, jestli by byly špatně, nebo dobře, těžko říct. Asi mě to posunulo. Vidím, že věci nejsou jenom černý nebo jenom bílý.*“ Životy žen se po ztrátě dětí přetočily naruby a snaží se najít smysl daných událostí.

Limitace výzkumu

Vzhledem k tomu, že v České republice existuje jen malý počet odborníků zaměřujících se na problematiku perinatální ztráty, ocitla jsem se v situaci, kdy jsem musela čerpat informace z mnoha zahraničních zdrojů dostupných online. Při tomto průzkumu jsem narazila na nedostatek studií, které by se detailněji věnovaly vlivu perinatální ztráty na pracovní život a sociální vztahy žen.

Kontaktování účastnic pro studii se ukázalo jako velká výzva, protože jde o velice citlivé téma, o kterém není lehké otevřeně diskutovat. Tyto ženy musí být ochotné se podělit o svou zkušenost. I z tohoto důvodu jsem oslovila ženy, které prožily perinatální ztrátu před více než pěti lety. Je pravděpodobnější, že tuto ztrátu již mají zpracovanou. Původně jsem kontaktovala pouze dvě ženy, ale situace se zkomplikovala, když jedna z nich odstoupila na poslední chvíli, což mě nutilo naléhavě hledat nové účastnice. Pro tento případ bych doporučila kontaktovat více žen, než je do výzkumu nutné zařadit.

Sebereflexe výzkumníka

Na začátku jsem váhala, zda se zabývat tímto tématem, které je vysoce citlivé a může být pro mnohé bolestné. Po rozhovorech s dotčenými ženami jsem však pochopila, že tento výzkum mě obohatil jako budoucí porodní asistentku, ale i jako člověka. Bylo náročné naslouchat jejich příběhům plným traumatických zážitků, a často jsem se neubránila slzám. Příběhy byly intenzivní a plné emocí, což mi poskytlo nový úhel pohledu na celou problematiku, zejména z perspektivy žen. Tyto zkušenosti mi do praxe přinesly množství cenných poznatků, které mě motivují k větší opatrnosti ve výběru slov v komunikaci s rodičkami. Uvědomila jsem si význam rozloučení s dítětem a důležitost památečních předmětů. Kvůli mé empatii k těmto ženám bylo obtížné udržet si objektivitu. Velmi mě potěšilo, když mi ženy na konci rozhovorů řekly, že pro ně bylo očistné o svých zkušenostech hovořit a že to pro ně, i přes citlivé téma, byl příjemný zážitek.

Doporučení pro praxi

Po analýze a zhodnocení výsledků výzkumu vyplynula tato doporučení pro praxi:

- Je důležité, aby zdravotníci věnovali pozornost emocím a obavám žen, otevřeně o nich diskutovali a představili dostupné možnosti. Přístup by neměl být direktivní.

- Je zásadní, aby zdravotníci pečlivě vybírali slova při komunikaci s ženami, zvláště během porodu. Empatie a vyhýbání se srovnání s jinými ženami jsou zde zásadní. Sdělování ženám o všech plánovaných úkonech a podávaných medikamentech je velice důležité, neboť každá žena má právo být o své péči plně informována.
- Je vhodné, aby se zdravotníci žen po porodu zeptali, zda mají otázky k jeho průběhu a k provedeným úkonům.
- Každé zdravotnické zařízení by mělo dát ženě a její rodině možnost rozloučit se se svým dítětem. Je nezbytné, aby žena měla na to dostatek času a aby se na její rozhodnutí nepospíchalo. Další nezbytností jsou upomínkové předměty. I kdyby je žena v tu chvíli nechtěla, je vhodné, aby porodnice dané předměty uchovala v případě zájmu ženy v budoucnosti.
- Je nezbytné, aby porodnice zprostředkovala ženě odbornou či laickou psychickou podporu v případě zájmu. Pokud žena nebude chtít dané pomoci využít v porodnici, měla by dostat informační brožury a kontakty na zprostředkovatelé psychické podpory v případě pozdější potřeby.
- O ženu by měl pečovat multidisciplinární tým, který je vyškolen zvládat dané události.
- V případě těhotenství po perinatální ztrátě je důležité, aby se ženám poskytla intenzivní péče, jak v oblasti porodnictví, tak i psychiatrie.

ZÁVĚR

V této bakalářské práci se zaměřuji na prožívání žen s perinatální ztrátou, což je jedna z nejvíce emocionálně zatěžujících událostí. Tento fenomén má hluboké emocionální, psychologické a sociální dopady. Teoretická část poskytuje přehled klíčových konceptů a definic spojených s perinatální ztrátou. V první kapitole se věnuji vysvětlení termínů a pojmů souvisejících s danou tematikou. Následující kapitola je zaměřena na metody perinatální diagnostiky a osvětluje možné scénáře těhotenství při zjištění vývojových vad, které limitují život plodu. Třetí část práce se podrobněji zabývá fenoménem intrauterinní smrti plodu, přičemž nevynechává ani dopad pandemie Covid-19 na těhotenství. Ve čtvrté kapitole je představena problematika porodu mrtvého plodu a co následuje po této tragické události. Zvláštní pozornost je věnována také procesu truchlení, který představuje zásadní etapu v životě rodin, které prošly ztrátou dítěte.

V praktické části popisuji, jak prožívaly ženy těhotenství před úmrtím dítěte, průběh a způsob porodů, dále se zaměřuji na zdravotnické zařízení a míru jeho připravenosti na perinatální ztrátu, včetně jeho personálu a schopnosti komunikovat s rodičkou. Dále se věnuji tomu, jakým způsobem se žena s perinatální ztrátou vyrovnala a zda využila odborné či laické psychické podpory. V neposlední řadě jsem se zaměřila i na vliv perinatální ztráty na život ženy. Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit, jaké mají ženy prožitky a zkušenosti s perinatální ztrátou. Zjistila jsem, že tato událost může potkat jakoukoli ženu. Těhotenství i způsob porodu se u obou žen lišil, tudíž i jejich prožitky a zkušenosti se lišily. Přístup zdravotníku se v každém zdravotnickém zařízení odlišoval a zásadně ovlivnil prožívání ženy. I přesto, příběhy žen byly různé, jejich potřeby byly stejné. Obě považují za zásadní empatický a citlivý přístup ze strany zdravotníků. Zdůraznily důležitost možnosti rozloučit se s dítětem a vytvoření upomínkových předmětů.

Na základě výzkumného šetření bych doporučila další výzkumné šetření zahrnující účast ženy po perinatální ztrátě a porodní asistentky, která o ni pečovala. Každý příběh má dvě mince a bylo by vhodné si poslechnout příběh z obou stran.

Přála bych si, aby zdravotníci více dbaly na pocity a přání žen. Zaslouží si, aby se k nim přistupovalo citlivě a aby byly o všem, co se děje s nimi a jejich dítětem, informovány.

SEZNAM LITERATURY

Knižní zdroje

1. BUŽGOVÁ, Radka; SIKOROVÁ, Lucie a kolektiv. *Dětská paliativní péče*. Praha: Grada, 2019. ISBN 978-80-271-2688-0.
2. HÁJEK, Zdeněk; ČECH, Evžen a MARŠÁL, Karel. *Porodnictví. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd.* Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9.
3. Hendl, Jan. *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 978-80-7367-485-4.
4. CHVÍLOVÁ, WEBEROVÁ, Magdalena; MATĚJEK, Jaromír; STEINLAUF, Jaromír a kolektiv. *Etika v pediatrii a neonatologii*. Praha: Grada, 2023. ISBN 978-80-247-4918-1.
5. KUPKA, Martin. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4650-0.
6. PROCHÁZKA, Martin a kolektiv. *Porodní asistence: Učebnice pro vzdělávání a každodenní praxi*. Praha: Maxdorf, 2020. ISBN 978-80-7345-618-4.
7. 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.
8. RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Aplikovaná psychologie porodnictví: psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí: psychosomatická medicína: učební text pro porodní asistentky*. Praha: Reklamní atelier Area, 2008. ISBN 978-80-254-2186-4.
9. ROZTOČIL, Aleš a kolektiv. *Moderní porodnictví: 2. přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-247-5753-7.
10. ŠPATENKOVÁ, Naděžda a kol. *Krize a krizová intervence*. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-9950-1.
11. ŠPATENKOVÁ, Naděžda; FRIEDLOVÁ, Martina. *Zármutek dětí a dospívajících*. Praha: Grada, 2024. ISBN 978-80-271-719-3.

12. TAKÁCS, Lea; SOBOTKOVÁ, Daniela; ŠULOVÁ, Lenka a kol. *Psychologie v perinatální péči*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-9715-1.

13. VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie: 3. aktualizované vydání*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-740-X.

Internetové zdroje

14. JELÍNKOVÁ, Kateřina. *Dítě v srdci*, Dokumenty ke stažení: Když na začátku přichází konec, průvodce při ztrátě miminka. Online. [2021]. Dostupné z: <https://www.ditvevrdci-jc.cz/cz/dokumenty-ke-stazeni>. [cit.2024-03-24].

15. KASPÁRKOVÁ, Pavla; BUŽGOVÁ, Radka. *Prožívání těhotenství po perinatální ztrátě*. PDF; online. *Ošetřovatelství a porodní asistence*, 2013, 4(4), 643-656. ISSN 1804-2740. Dostupné z: <https://cejnm.osu.cz/pdfs/cjn/2013/04/02.pdf>. [cit.2024-03-24].

16. KORČEK, Peter; URBANCOVÁ, Hana; HADRAVSKÁ, Šárka; STRAŇÁK, Zbyněk. *Perinatální mortalita a morbidita u infekce SARS-CoV-2 v průběhu těhotenství*. PDF; online. *Česko-slovenská pediatrie*, 2022, 77(1), 27-23. ISSN 1805-4501. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/cesko-slovenska-pediatrie/2022-1-2/perinatalni-mortalita-a-morbidita-u-infekce-sars-cov-2-v-prubehu-tehotenstvi-129687/download?hl=cs>. [cit.2024-03-24].

17. KŘEPELKA, Petr. *Císařský řez – indikace, nebo volba?*. PDF; online. *Česká gynekologie*, 2008, 73(5), 410-413. ISSN 1805-4455. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-gyneologie/2008-5/cisarsky-rez-indikace-nebo-volba-842/download?hl=cs>. [cit.2024-03-24].

18. MATEÁŠIKOVÁ, Zuzana; HANICOVÁ, Martina. *Nejčastější příčina perinatálních úmrtí ve FNOL za posledních 5 let*. Online [2017]. Dostupné z: http://old.lf.upol.cz/fileadmin/user_upload/LFkliniky/hippokrat/Pracoviste/Patologie/Nejcastejsi_priciny_perinatalnich_umrti_ve_FNOL_za_poslednich_5 лет.pdf. [cit.2024-03-24].

19. Ministerstvo vnitra ČR. *e-Sbírka, Zákon č. 372/2011 Sb., Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování*. Online, [2011]. Dostupné z: <https://www.e-sbirka.cz/sb/2011/372/2024-0101?f=Z%C3%A1kon%20%C4%8D.%20372%2F2011%20Sb.&zalozka=text>. [cit.2024-03-24].

20. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Onemocnění aktuálně*. Online. [2024]. Dostupné z: https://onemocneni-aktualne.mzcr.cz/covid-19?utm_source=general&utm_medium=widget&utm_campaign=covid-19. [cit.2024-03-24].
21. PAZDERA, Lenka. *Perinatální hospic*. Brožura Když zemře miminko. Online. [2017]. Dostupné z: <https://www.nemocnicepribram.cz/data/106.pdf>. [cit.2024-03-24].
22. PERINATÁLNÍ HOSPIC DÍTĚ V SRDCI, z.s. *Dítě v srdci*, Dokumenty ke stažení: Aktualizace 1. vydání brožury Když na začátku přichází konec, průvodce při ztrátě miminka. Online. [2023]. Dostupné z: <https://www.ditevsrdci-jc.cz/cz/dokumenty-ke-stazeni>. [cit.2024-03-24].
23. RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Decision-making of Czech mothers about contact with their baby after perinatal loss*. PDF; online. Kontakt, 2016, 18(1), 30-35. ISSN 1212-4117. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1212411716000088>. [cit.2024-03-24].
24. RATISLAVOVÁ, Kateřina; BERAN, Jiří; KAŠOVÁ, Lucie. *Psycho-sociální péče o ženu po perinatální ztrátě*. PDF; online. Praktický lékař, 2012, 92(9), 505-508. ISSN 0032-6739. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticky-lekar/2012-9/psycho-socialni-peco-zenu-po-perinatalni-ztrate-39374/download?hl=cs>. [cit.2024-03-24].
25. TAKÁCS, Lea; SEIDLEROVÁ, Jitka. *Psychosociální klima porodnice očima rodiček II. Prediktory spokojenosti s perinatální péčí v České republice*. PDF; online. Česká gynekologie, 2013, 78(3), 269-275. ISSN 1805-4455. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2013-3/psychosocialni-klima-porodnice-ocima-rodicek-ii-prediktory-spokojenosti-s-perinatalni-peci-v-ceske-republice-40978/download?hl=cs>. [cit. 2024-03-24].
26. ÚZIS ČR. *Narození a zemřelí do 1 roku 2019*. Online [2021]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008354/narzem2019.pdf>. [cit. 2024-03-24].
27. ÚZIS ČR. *Rodička a novorozenec 2016-2021*. Online [2021]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008423/rodnov2016-2021.pdf>. [cit. 2024-03-24].

28. VÁLKOVÁ, Andrea; HUBKA, Petr. *Covid-19 jako rizikový faktor intrauterinního úmrtí plodu*. PDF; online. *Česká gynekologie*, 2021, 86(6), 410-413. ISSN 1805-4455. Dostupné z: <https://www.cs-gynekologie.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2021-6-4/covid-19-jako-rizikovy-faktor-intrauterinniho-umrti-plodu-129099/download?hl=cs>. [cit.2024-03-24].
29. VRÁBLOVÁ, Barbora. *Dítě v srdci*, Dokumenty ke stažení: Pitvy mrtvě narozených dětí a dětí zemřelých krátce po porodu. Online. [2021]. Dostupné z: <https://www.ditevsrdci-jc.cz/cz/dokumenty-ke-stazeni>. [cit.2024-03-24].

Zahraniční zdroje

30. BEGUN, Tahmina. *Indications and determinants of caesarean section delivery: Evidence from a population-based study in Matlab, Bangladesh*. Online. *Plos One*, 2017, 12(11), nevedeno. ISSN 1549-1277. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5695799/>. [cit.2024-03-24].
31. DAVIS, Deborah L. *Empty cradle, broken heart: Surviving the death of your baby: third edition*. USA: Fulcrum Publishing, 2016. ISBN 9781936218240.
32. ENKIN, Murray. *Efektivní péče v perinatologii*. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-417-7.
33. GIBBINS, Karen J; SILVER, Robert M.; PINAR, Halitet al., *Stillbirth, hypertensive disorders of pregnancy, and placental pathology*. Online. *Placenta*, 2016, 43, 61-68. ISSN 0143-4004. Dostupné z <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0143400416300893?via%3DiHub>. [cit.2024-03-24].
34. GOWER, Sarah; LUDDINGTON, Justice; KHOSA, Deep; THAIVALAPPIL, Abhinand a PAPADOPOULOS, Andrew. *Subsequent pregnancy after stillbirth: a qualitative narrative analysis of Canadian families' experiences*. Online. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2023, 208, nevedeno. ISSN 1471-2393. Dostupné z: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-023-05533-5>. [cit.2024-03-24].
35. ELLIS, Alison; CHEBSEY, Caroline; STOREY, Claire; BRADLEY, Stephanie a JACKSON, Sue. *Systematic review to understand and improve care after stillbirth: a review of parents' and healthcare professionals' experiences*. Online. *BMC Pregnancy and*

Childbirth, 2016, 16(16), 1-19. ISSN 1471-2393. Dostupné z: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-016-0806-2>. [cit.2024-03-24].

36. MURPHY, Margaret M.; SAVAGE, Eileen; O'DONOGHUE, Keelin; O'Leary, Joann; LEAHY-WARREN, Patricia. *Trying to conceive: An interpretive phenomenological analysis of couples' experiences of pregnancy after stillbirth*. Online. *Woman and Birth*, 2021, 34(5), 475-481. ISSN 1871-5192. Dostupné z: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1871519220303735?ref=pdf_download&fr=RR-2&rr=85c279670ae0b333. [cit.2024-03-24].

37. POLLOCK, Daniel; MURPHY, Margaret M.; O'LEARY, Joann; WARLAND, Jane. *Pregnancy after loss during the COVID 19 pandemic*. Online. *Woman and Birth*, 2020, 33(6), 540-543. ISSN 1871-5192. Dostupné z: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1871519220303000?ref=pdf_download&fr=RR-2&rr=85c27946e8c6b333. [cit.2024-03-24].

38. WARLAND, Jane; HEAZELL, Alexander E.P.; STACEY, Tomasina et al., "They told me all mothers have worries", stillborn mother's experiences of having a 'gut instinct' that something is wrong in pregnancy: Findings from an international case-control study. Online. *Midwifery*, 2018, 62, 171-176. ISSN 1532-3099. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S026661381830113X>. [cit.2024-03-24].

39. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Coronavirus (Covid 19) data*. Online. [2023]. Dostupné z: <https://www.who.int/data>. [cit.2024-03-24].

Kvalifikační práce

40. DRAHOTOVÁ, Markéta. *Perinatální ztráta a její dopad na partnerský vztah*. Bakalářská práce; online. Univerzita Karlova v Praze, Fakulta evangelická teologická, 2016. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/75510/130179124.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. [cit.2024-03-24].

41. RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Psycho-socio-spirituální péče porodní asistentky o ženu po perinatální ztrátě*. Disertační práce; online. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Fakulta zdravotně-sociální, 2015. Dostupné z https://theses.cz/id/d1vwzt/Disertan_prce-Ratislavov.pdf. [cit.2024-03-24].

42. ZAVADSKÁ, Tereza. *Psychologické aspekty truchlení rodičů po ztrátě dítěte*. Diplomová práce; online. Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická fakulta, 2020. Dostupné z: https://theses.cz/id/e0djyq/Zavadska_diplomova_prace.pdf. [cit.2024-03-24].

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha č. 1: Okruhy k rozhovoru
- Příloha č. 2: Informovaný souhlas – prázdný

10 PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Okruhy k rozhovoru

Tabulka 1: Okruhy k rozhovoru

Okruh	Zkušenost
Období těhotenství	Plánované/neplánované těhotenství Pocity Průběh těhotenství Příprava na porod
Období porodu	Začátek porodu Průběh porodu Způsob porodu – vaginální/císařský řez Diagnostika perinatální ztráty Pocity
Zdravotnické zařízení a personál	Velká/malá porodnice Personál – PAS/lékař Kmunikace personálu s rodičkou Informovanost rodičky během porodu Přání rodičky a respekt ze strany personálu Odborná psychická podpora
Rozloučení s dítětem	Průběh Rozloučení v porodnici Upomínkové předměty Pohřeb

<p>Vyrovňávání se s perinatální ztrátou</p>	<p>Prožívání ženy</p> <p>Laicka/odborná pomoc/žádná</p> <p>Zdroj informací o psychické podpoře</p> <p>Rozdílnosti v truchlení s partnerem</p> <p>Prožívání rodiny, sourozenců</p> <p>Vzpomínky, rituály, tradice</p>
<p>Vliv perinatální ztráty na život ženy</p>	<p>Vztah s partnerem</p> <p>Těhotenství po perinatální ztrátě</p> <p>Ovlivnění společenského a pracovního života</p> <p>Vliv perinatální ztráty na pojetí života</p> <p>Smysl této události</p>

Zdroj: vlastní zpracování

Příloha č. 2: Informovaný souhlas – prázdný

INFORMOVANÝ SOUHLAS

NÁZEV BAKALÁŘSKÉ PRÁCE:

Perinatální ztráta

STUDENT:

Nina Panfil

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e-mail: panfilnina123@seznam.cz

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 mají ženy zkušenosti s 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:

Zdroj: ZČU v Plzni, Fakulta zdravotnických studií