

PODPORA RODIČŮ PŘI PERINATÁLNÍM ÚMRTÍ

Supporting parents in the case of foetus perinatal death

12: 387–398, 2010
ISSN 1212-4117

Pavla Kasparková, Radka Bužgová

Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta, Ústav ošetrovatelství a porodní asistence

Summary

The target of the research was to describe feelings and experience of women after the delivery of a dead child. The research was carried out by a qualitative method by using a small group of respondents. A method of the data accumulation, non-structured interview and analysis of the document contents were used. Free answers of women (n=7) who delivered a dead child were analyzed. The method offers a possibility of better understanding the problems of the respondents considered. The respondents spontaneously described feelings experienced depending on encountering certain situations. Based on the data analysis, the following categories and subcategories were established: 1. Experiencing and feelings (subcategories: fear of pregnancy, information about the diagnosis, the delivery, postnatal period, taking leave of the child, negative experiences); 2. Help and support (subcategories: support by the child father, support by surrounding people, professional support and explanation of the child death). In the women considered, it was found that the process of mourning was not supported too much and sufficient information about this process is not available. After the delivery of the dead child, the women did not take advantage of the professional help; self-helping groups of women having a similar experience in their life was an important form of the help. From answers of respondents it was shown that the dead child delivery was a traumatizing experience for all of them. During this, a support and help provided for the woman in the course of the delivery and in the further period are of importance. The midwife can play an important role, which can affect managing this event. The women should also be provided with information in a written form in order that they might read it again later. Understanding of feelings of women experiencing this stress situation by healthcare professionals can also contribute to more effective providing of the nursing care.

Key words: perinatal death – midwife – mourning – support

Souhrn

Cílem tohoto výzkumu bylo popsat pocity a zkušenosti žen po porodu mrtvého dítěte. Výzkum byl proveden kvalitativní metodou, která pracuje s malým souborem respondentů. Metodou sběru dat byly nestrukturovaný rozhovor a analýza obsahu dokumentů. Byla provedena analýza volných výpovědí žen (n = 7), které porodily mrtvé dítě. Tato metoda nabízí možnost lépe porozumět prožívání řešené problematiky respondentů. Respondentky spontánně popisovaly pocity, které se u nich objevovaly v závislosti na prožívání určitých situací. Na základě analýzy dat byly stanoveny významové kategorie a podkategorie: 1. prožívání a pocity (podkategorie: obavy o těhotenství, sdělení diagnózy, porod, období po porodu, rozloučení s dítětem, negativní zážitky); 2. pomoc a podpora (podkategorie: podpora otce dítěte, podpora okolí, profesionální podpora, vysvětlení příčiny smrti dítěte). Bylo zjištěno, že u sledovaných žen nebyl příliš podporován proces truchlení ani nebyly poskytovány dostatečné informace o tomto procesu. Ženy po porodu mrtvého dítěte nevyužívaly profesionální pomoci, významnou formou pomoci jsou pro ně svépomocné skupiny žen s podobnou životní zkušeností. Z výpovědí respondentek vyplývá, že porod mrtvého dítěte je pro všechny ženy traumatizujícím zážitkem. Pro jeho zpracování má význam podpora a pomoc, která je ženě během porodu a v dalším období poskytnuta. Významnou úlohu může sehrát porodní

asistentka, která může mít vliv na zvládnání této události. Informace by měly být ženám poskytovány také v písemné podobě, aby se k nim mohly později vrátit. Pochopení pocitů žen, které prožívají tuto zátěžovou situaci, zdravotníky může přispět k efektivnějšímu poskytování ošetrovatelské péče.

Klíčová slova: perinatální úmrtí – porodní asistentka – truchlení – podpora

ÚVOD

Porod zdravého dítěte bývá naplněním očekávání rodičů a přináší pozitivní pocity i pro ty, kteří o ženu v průběhu těhotenství a porodu pečují. Porod mrtvého dítěte je naopak tragickou událostí, která se stane většinou nečekaně. Zvládnání této situace je náročné z mnoha pohledů.

Syndrom mrtvého plodu zahrnuje podle novely zákona všechna úmrtí v těhotenství a za porodu, kdy se narodí plod o hmotnosti vyšší než 500 g bez známek života (srdeční akce, pohyb, dech a křik). Mrtvorozenost v České republice je již několik let stabilní a kolísá mezi 2–3 promile (Hájek et al., 2004, s. 373).

Porod mrtvého dítěte znamená pro všechny zúčastněné velký stres. Porodní asistentky i ostatní zdravotníci nemají často dostatek informací o podpoře procesu truchlení. Přitom právě jejich přístup může mít zásadní vliv na to, jak žena zvládne tuto situaci. Problematice truchlení je v ošetrovatelství věnována v posledních letech stále větší pozornost. Bohužel nejvíce v souvislosti se stářím nebo nevyléčitelnými nemocemi. Na ženy, které porodí mrtvé dítě, se jako na truchlící osoby často zapomíná.

Podpora rodičky se syndromem mrtvého plodu začíná již při sdělení diagnózy. Sdělení diagnózy přísluší lékaři. Je nadmíru žádoucí dodržet etická pravidla ve smyslu kdy, jak, kde a kým je informace sdělena. Doprovází-li těhotnou partner, měl by být rovněž přítomen (Binder, 2007, s. 62). Při úmrtí novorozence je nutné si uvědomit, že jde o jinou situaci než při úmrtí dříve žijícího jedince. Předcházejí mu intenzivní pocity spojené s očekáváním nového života, dítě žilo ve fantazii rodičů, měli s ním určité plány do budoucna (Sobotková et al., 1999, s. 169). K okolnostem, které určují průběh reakce na sdělení informace o perinatální ztrátě, má vliv povaha perinatálního úmrtí. Je-li neočekávané, prodlužuje to iniciální fázi nevíry a normální truchlení je ztíženo. Navíc je porod mrtvého plodu provázen stresem a často hlubokou sedací nebo celkovou anestezií, což zvyšuje po-

cit nereality události. Nejdramatičtější je pocitová náhlé úmrtí plodu „intrapartum“ nebo krátce po porodu. Je-li perinatální úmrtí očekáváno, vzniká jistý prostor pro anticipační truchlení, situace ovšem v sobě nese ambivalenci: matka doufá, že dítě přežije, současně si přeje skončit s nejistotou (Čepický, 1999, s. 241).

Po sdělení diagnózy je vhodné umožnit ženám průběh negativních reakcí, hněvu a pláče. Na kritiku či hledání viníka je možné reagovat reflexí, empatickým zrcadlením. Silné emoční projevy pacientky mohou vyvolat obavu u zdravotníků i příbuzných. Rychlou reakcí může být snaha utlumit je. Nešťastný člověk má právo na specifické reakce. Někdy je tendence poskytnout tisíci léky. Ale možnost prožití emocí v přátelském prostředí je nenahraditelná (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 119).

Psychicky velmi traumatizujícím obdobím pro těhotnou je doba od stanovení diagnózy do vlastního porodu. Nošení mrtvého plodu vyvolává u ženy pocity deprese, úzkosti. Časem narůstá nervozita a rostou obavy o vlastní zdraví a možnosti další koncepce. Obavy o zdraví ženy jsou akcentovány hlavně u nejbližších příbuzných. Tlak na okamžité ukončení těhotenství císařským řezem bývá někdy značný. Primárně však dg. mrtvého plodu indikací k císařskému řezu není. Po nástupu děložních kontrakcí při této vysoce stresující situaci je bolest tlumena s využitím všech dostupných prostředků. Zcela indikovaným a doporučeným postupem je aplikace epidurální analgezie (Binder, 2007, s. 62–64).

Porod nekončí pláčem dítěte, po porodu je ticho, skutečnost je skličující pro rodiče i pro personál. Pro zlepšení prožívání smutku je kontakt s dítětem nevyhnutelný, rodičovské představy dítěte se zhmotní, jejich dítě se stává skutečným. Společnost ještě stále vysoko hodnotí krásu a úspěch. Rodiče mají komplexy ze vzhledu svého dítěte, ale i z toho, že takové dítě zplodili. Hledá se původce tragédie, hněv se orientuje na sebe i na jiné. Rodiče se cítí být izolováni a i se

izolují. I při porodu mrtvého dítěte s anomáliemi je důležité pamatovat na rodiče a jejich pocity, dítě je potřeba rodičům ukázat, dát pochovat. Vyžaduje to však důkladné obeznámení se vzhledem dítěte dřív, než ho uvidí. Představy rodičů, kteří nikdy neviděli své postižené dítě, jsou horší, než jaká je realita. Před ukázáním je důležité děťátko umýt, ošetřit a zabalit do peřinky. I s takovým dítětem pocítují rodiče potřebu se rozloučit, i toto dítě bylo rodinou očekávané a měli ho rádi, je a zůstane jejich dítětem (Magyarová, 2006, s. 140–145). Zármutek rodičů po smrti dítěte je traumatictější, trvá déle a je hlubší a komplexnější než jakýkoli jiný zármutek a ztráta dítěte je nejtragičtější a je prožívána jako nejnespravedlivější ze všech ztrát (Firthová et al., 2007, s. 105).

Ještě před porodem, pokud je to možné, porodní asistentka s ženou pečlivě plánuje průběh porodu, podává informace o rituálech rozloučení se s dítětem. Vysvětlí důležitost tohoto aktu pro proces truchlení, v žádném případě však ženu k ničemu nenutí, nabízí alternativy a rozhodnutí ponechává na ženě s tím, že je může kdykoliv změnit (Ratislavová, 2008, s. 76). Pro zdravotníky je provádění klientů bolestnou ztrátou skutečným paradigmatem jejich práce. Ověřují si diagnostické, léčebné a ošetrovatelské postupy a jejich znalost konfrontují s kvalitou vlastního lidství. V praxi je upřednostňován aktivní empatický přístup ke klientům, citlivý, chápatelý, podporující a směřující k adekvátnímu prožitku ztráty a tím k postupnému vyrovnávání se s ní. Tento přístup je šetrný jak pro klienta, tak i pro samotného profesionála (Křemenová, Fremlová, 2009, s. 97–100).

Po porodu mrtvého dítěte dominuje proces truchlení. Nekomplikované truchlení, označované jako normální smutek, zahrnuje široké spektrum psychických prožitků a způsobu chování, které můžeme po ztrátě někoho blízkého identifikovat u pozůstalých (Kubíčková, 2001, s. 17). Péče o pozůstalé může mít nejrůznější podobu – od soucitné a empatické komunikace, přes krizovou intervenci, nejrůznější poradenství až po psychiatrickou péči. Pomoc pozůstalým tedy zahrnuje poměrně široké spektrum – od laické pomoci až po profesionální aktivity (Špatenková, 2008, s. 13). Normální proces zármutku zakončený nalezením nové identity trvá zpravidla jeden rok, ve kterém lze odlišit výrazné fáze (Haškovcová, 2000, s. 90).

Špatenková (2006, s. 43–144) uvádí mýty, které komplikují truchlení rodičů po smrti dítěte, s nimiž by měli být zdravotníci seznámeni:

- „*Pohřeb jen znovu připomíná a oživuje tu tragédii.*“ Pohřeb je významným mezníkem v procesu truchlení, je oficiálním rozloučením s někým, koho jsme milovali a koho jsme ztratili.
- „*Pohřbívat mrtvé narozené dítě nebo novorozené je nesmysl.*“ Rituál pohřbu i u takto malých dětí má svůj smysl. Není-li pohřeb vypraven, matka si s odstupem času klade otázky: „*Co se stalo s mým dítětem? Kde je moje dítě?*“
- „*Kondolence je zbytečná, stejně truchlí matka nic nevnímá.*“ Kondolence je důležitá součást procesu truchlení. Nejlépe ji ale truchlíci přijímají v časovém úseku krátce před a po pohřbu.
- „*Sdílení tragédie s jinými lidmi napomáhá zotavení.*“ Ačkoliv obklopena jinými lidmi, často se pozůstala matka cítí sama a v izolaci. I mezi milujícími lidmi (dokonce i členy vlastní rodiny) se může cítit velmi osamělá a opuštěná.
- „*Není vhodné mluvit s matkou o jejím mrtvém dítěti.*“ Je možné a vhodné hovořit s matkou o jejím dítěti. Měla by to však být zarmoucená matka, kdo rozhoduje o tom, s kým, nakolik a jak chce o dítěti hovořit.

Období truchlení může probíhat také patologicky. Žena po porodu by měla být sledována, zda nedochází ke komplikovanému zármutku, který vyžaduje odbornou, profesionální pomoc. U žen se může objevit deprese či posttraumatická stresová porucha. Plně rozvinutá posttraumatická stresová porucha je úzkostný stav, který se vyvíjí po traumatické události, jež se vymyká běžné lidské zkušenosti (a náhlá smrt dítěte takovou situací je). Typické znaky posttraumatické poruchy jsou: bezděčné vzpomínky na traumatickou událost, intenzivní pocity hněvu, vzteku, agrese, šok, zdravotní problémy a pocit bezmocnosti. Normální reakce akutního smutku je formou posttraumatického stresu (a ten může v posttraumatickou poruchu postupem času přerůst). Rozdíl mezi posttraumatickou poruchou a truchlením je v tom, že truchlící matka si chce pamatovat, vzpomínat a chce být dotazována na své zesnulé dítě i na to, čím teď prochází, zatímco oběť traumatu s posttraumatickou

poruchou zpravidla nechce vzpomínat ani si pamatovat, natož hovořit o své zkušenosti. Nejraději by na všechno zapomněla, vymazala tento zážitek ze své paměti, ze svého života (Špatenková, 2006, 142–143).

Po těhotenské ztrátě je třeba se chovat k truchlícím adekvátně, což je stále v našem zdravotnictví slabinou. České porodnice teprve hledají, jak se chovat k rodičům mrtvé narozeného dítěte a co jim mohou nabídnout (Chrásková, 2009, s. 335). Poradenství pro pozůstalé se i u nás pomalu konstituuje jako legitimní oblast pomáhajícího poradenství (Špatenková, 2008, s. 130). Potřeby pozůstalých rodičů jsou tak různorodé a komplexní jako jejich zármutek. V zahraničí existují specializované skupiny, v nichž spolupracují lékař, sestra, psycholog, duchovní a sociální pracovníce a nabízejí podporu a pomoc pacientkám a párům po těhotenské ztrátě. V ČR není této problematice věnována dostatečná pozornost, přičemž by bylo užitečné založit podobnou organizaci i v naší zemi (Feldmár, 2009, s. 30).

Cíl výzkumu

Cílem výzkumu bylo zjistit a popsat pocity žen po porodu mrtvého dítěte. Dále zjistit, jak tyto ženy hodnotí míru poskytnuté podpory.

METODIKA

Výzkum byl proveden kvalitativní výzkumnou metodou, která pracuje s malým souborem respondentů bez nároku na statistickou reprezentativnost. Tento typ výzkumu byl zvolen především proto, že počet žen, které splňují kritéria výzkumného souboru a na které je možné získat kontakt a získat je ke spolupráci, je z důvodu velmi citlivého tématu velmi omezený. Tato metoda výzkumu by mohla pomoci nastínit jiný úhel pohledu na tuto problematiku a tím být užitečná pro praxi. Nevýhodou této metody může být nízká reliabilita a obtížná zobecnitelnost výsledků na populaci.

Sběr dat probíhal v měsících listopad 2009 až únor 2010. Pro sběr dat byla použita technika nestandardizovaného rozhovoru, kdy výpovědi respondentek (n = 2) byly zaznamenány na dik-

tafon a následně přepisovány. Dále byla použita metoda analýzy obsahu (n = 5). S respondentkami byla navázána elektronická komunikace. Kontakt byl získán prostřednictvím koordinátorky občanského sdružení „Dlouhá cesta“. Takto bylo osloveno osm žen. Tři ženy na žádost o spolupráci vůbec nereagovaly. Pět z nich bylo ochotno popsat svou zkušenost. Analyzovány byly volné výpovědi respondentek, získané pomocí elektronické komunikace.

Byla použita kvalitativní analýza dat. Všechny výpovědi respondentek (n = 7) byly opakovaně pročítány, byla využita metoda barvení textu. Poté byly identifikovány hlavní významové kategorie a podkategorie. Při interpretaci dat byly použity citáty respondentek ze zaznamenaných výpovědí, v textu jsou označeny kurzívou. Pro označení citátů byly použity jména respondentek, která byla z důvodu zachování anonymity změněna.

Charakteristika souboru

Výzkumný soubor byl tvořen ženami (n = 7), které porodily mrtvé dítě ve vysokém stadiu těhotenství. Výběr žen byl záměrný. Jediným kritériem pro zařazení do výzkumu byla zkušenost s porodem mrtvého dítěte. Z důvodu zachování anonymity není uvedeno, ve kterém zdravotnickém zařízení ženy porodily. Věkové rozpětí respondentek je 25–34 let. Rodinný stav žen v souboru byl tři vdané a čtyři svobodné. Tři ženy měly středoškolské vzdělání, čtyři byly vyučeny. U pěti žen se jednalo o jejich první porod, u dvou žen o druhý porod. Stadium těhotenství, ve kterém ženy porodily mrtvé dítě, je období od 33. do 40. týdne těhotenství. Doba od porodu mrtvého dítěte je od 3 dnů po 8 měsíců.

VÝSLEDKY

Respondentky spontánně popisovaly pocity, které se u nich objevovaly v závislosti na prožívání určitých situací. Na základě analýzy dat byly stanoveny významové kategorie a podkategorie, jejichž přehled je uveden v tabulce 1.

Tabulka 1 Výpovědi respondentek v jednotlivých kategoriích a podkategoriích

Kategorie/ podkategorie	Rita	Markéta	Simona	Jana	Sára	Viktorie	Blažena
1. prožívání a pocity							
Obavy o těhotenství	+	+	+	+	+	+	+
Sdělení diagnózy	+	+	+	+	+	+	+
Porod	+	+	+	+	+	+	+
Období po porodu	+	+	+	+	+	+	+
Rozloučení s dítětem	+	+	+	+	+	+	+
Negativní zážitky	+	+	+	+	+	+	+
2. pomoc a podpora							
Podpora otce dítěte	+	+	+	+	+	+	+
Podpora okolí	+	+	+	+	+	+	+
Profesionální podpora	+	-	-	-	-	+	-
Příčina smrti dítěte	+	+	+	+	+	+	+

+ žena o tématu hovořila, - žena o tématu nehovořila

1. Prožívání a pocity

Obavy o těhotenství

Ze získaných informací vyplývá, že ve většině případů přinutila ženu vyhledat lékaře obava o těhotenství. Při návštěvě lékaře v nich převažovaly pocity nejistoty a úzkosti. Přicházely k lékaři, protože chtěly být ujištěny o tom, že je jejich dítě v pořádku. Někdy je vyhledat lékaře přinutily jen fyzické potíže, např. krvácení nebo bolesti: „Přišla jsem do nemocnice s tím, že jsem měla bolesti. Věděla jsem, že je na porod ještě brzo“ (paní Rita). Vymizení pohybů dítěte vyvolalo vždy strach: „Ten den, bylo to úterý, jsem si uvědomila, že necítím pohyby. Šfouchala jsem do břicha, myslela jsem, že jen spí. Začala jsem být nervózní. Jela jsem do nemocnice, chtěla jsem jen slyšet, že je malý v pořádku“ (paní Markéta). Ne vždy ženy očekávaly sdělení nepříznivé zprávy. Doufaly, že budou ujištěny o tom, že se dítěti daří dobře. Přesto téměř ve všech případech hovořily o „divném pocitu“. Jen jedna z žen ve své výpovědi přiznává, že tušila, že dítě je mrtvé: „Šla jsem ke svému doktorovi, protože se mi udělalo trochu špatně, vnitřně jsem cítila, že se něco stane. Můj doktor měl zrovna volno. Zastupující doktor se mi vysmál a poslal mne domů. V noci se moje sluníčko hodně vrtělo, kopal, kéž bych tušila, že je to naposled. Potom jsem celý den necítila pohyby, myslela jsem, že jen spí po probdělé noci.

Večer jsem věděla, že se mi stalo to nejhorší, jeli jsme do nemocnice“ (paní Jana).

Sdělení diagnózy

Při čekání na sdělení diagnózy popisovaly ženy psychickou tenzi: „Chtěli mi udělat ozvy, sestra hledala srdíčko a nemohla najít. Vystřídala ji druhá sestra. Ptala jsem se, jestli je malá v pořádku. Viděla jsem, že se obě tváří vážně a nic neříkají“ (paní Rita). Objevoval se pocit strachu, obavy o dítě a úzkost při čekání na odpověď: „Lehla jsem si na lehátko a sestra chtěla točit monitor. Ještě jsem na tom nikdy nebyla, tak jsem byla zvědavá a hlavně jsem už chtěla slyšet, že je malá v pořádku. Viděla jsem, že se sestra tváří nějak divně, ptala se mne, jestli cítím pohyby. Cítila jsem je už 2 dny trochu méně, ale cítila jsem je. Za chvíli se objevila doktorka a šly jsme na ultrazvuk. Začala jsem se bát“ (slečna Blažena). Po sdělení diagnózy ženy často hovořily o tom, že sice vnímaly, co jim bylo řečeno, ale odmítaly tomu uvěřit: „Na ultrazvuku mi doktor řekl větu, kterou nikdy nezapomenu: Bohužel vám musím oznámit, že vaše miminko už nežije. Nevěřila jsem tomu, řikala jsem si, že ty přístroje přece nemusí fungovat správně“ (paní Markéta). „Na tom ultrazvuku mi řekli, že miminu nebije srdce. Nechápala jsem, co tím chtějí říct. Já jsem tomu nechtěla věřit“ (slečna Blažena). Objevoval se také pláč. „Pamatuji si jenom, že jsem pořád plakala a nebyla schopna promluvit. Říci

manželovi to musel doktor“ (paní Jana). Ženy popisovaly různé typy reakcí. Většina žen byla při sdělení informace bohužel bez doprovodu někoho blízkého: „Šla jsem za kamarádkou na chodbu a tam jsem se úplně složila a nedokázala přestat brečet“ (paní Markéta).

Porod

Představa spontánního porodu byla pro většinu žen těžko pochopitelná. V období před porodem ženy často ve svých výpovědích popisují podávání sedativ. „Doktor mi řekl, že budeme muset co nejdříve porodit, abych nedostala infekci. Mamka prosila doktora, aby mi udělali císařský řez, ale to prý nejde. Přišlo mi to hrozné, představa, že se budu trápit a přitom zbytečně. Dávali mi tabletky a injekce. Byla jsem taková omámená“ (slečna Blažena). Pro ženy bylo velmi stresující zdlouhavé vyvolávání porodu. Objevoval se pocit vzteku, zlosti: „Museli mi vyvolat porod. To, co následovalo, bych nikomu nepřála zažít. Nechápala jsem, proč musím родit normálně. Otvírání trvalo dva dny“ (paní Rita). „Bolesti byly hrozné, i když jsem měla epidurál. Byla jsem tak strašně unavená, že nevím, jak jsem byla schopna vytlačit malého. Nakonec mi dávali nějakou injekci, protože i když jsem tlačila, tak to nešlo a malý tam nějak uvíznul. Cítila jsem, že ho mám kousek venku, viděla jsem nožičku. Brečela jsem a už jsem opravdu neměla sílu na nic. Potom si jen pamatuji, jak jsem se probrala z narkózy“ (paní Markéta). Ženy se zmiňovaly o tom, že se lékaři sice snažili tlumit bolest, přesto ji vnímaly jako velmi silnou. Jako více přijatelná se některým z žen jevila představa porodu císařským řezem. Přístup zdravotníků byl ve většině výpovědí popisován jako věcný. Komunikace byla ve většině výpovědí vnímána jako rozpačitá: „Byli na mě hodní, nemůžu si stěžovat. Pořád se ptali, jestli ty bolesti zvládám, a chodili za námi. Bylo vidět, že jsou z toho taky špatní“ (slečna Blažena). Bohužel některé ženy se musely potýkat i s necitlivým přístupem ošetřujícího personálu: „Doktor byl nervózní, že netlačím, ale já neměla v tu chvíli bolesti“ (slečna Viktorie). „Samotný porod byl hrozný, byla jsem vyčerpaná. Cítila jsem, že malý je venku. Když jsem slyšela to ticho, došlo mi, že je to opravdu tak. Malý nepláče, opravdu nežije“ (slečna Sára). Po porodu si všechny poprvé uvědomily definitivnost smrti dítěte.

Období po porodu

Ženy měly tendenci co nejdříve ukončit hospitalizaci: „V nemocnici jsem byla dva dny, vše se

dobře hojilo. Byla jsem na tom psychicky hodně špatně. Dávali mi pořád tabletky na uklidnění, tak jsem to tam vlastně prospala (paní Rita). „Dva dny, které jsem strávila v nemocnici, jsem nedokázala téměř s nikým mluvit. Lékař, který chodil na vizitu, se ptal, jak se mám. Na to bylo těžké odpovědět“ (slečna Sára). Často ukončovaly hospitalizaci předčasně, na vlastní žádost: „Chtěla jsem domů, podepsala jsem revers hned druhý den“ (paní Markéta). Ženy pobyt v nemocnici stresoval a velmi intenzivně v tomto období vnímaly přítomnost matek a zdravotních novorozenců. Objevovala se touha po vlastním dítěti: „Bylo to šílené. Být tam a slyšet pláč miminek“ (paní Markéta). Většina žen byla po porodu separována od matek s novorozenci, což zpětně velmi oceňují: „Po porodu mě dali na gynekologii, byla jsem tam sama, což jsem byla ráda. Byla jsem slabá a dost jsem krvácela, dávali mi i kapačky a injekce. V pondělí ke mně přeložili tu paní po operaci. Byla jsem ráda, že má asi dost starostí sama se sebou a na nic se mne neptá“ (slečna Sára). Dvě z žen musely bohužel samy požádat o to, aby nebyly umístěny na pokoj s matkami po porodu: „Po porodu mne vezli na pokoj, kde jsou mamky s dětmi, tak jsem je poprosila, jestli je volný nadstandard, tak mě dali tam“ (slečna Viktorie). Krátce po porodu se začínal objevovat pocit viny i snaha o hledání vinníka této smutné události: „Možná, kdybych se víc hlídala, nemuselo se nic stát“ (slečna Blažena). Při návratu do domácího prostředí se často objevovala potřeba klidu, často i úplné izolace od okolí: „Ty poznámky přátel a rodiny v tom smyslu, že jsem ještě mladá a ať jsem ráda, že mám ještě jedno dítě a že by byla Kateřinka možná postižená, to byla fakt hrůza. Necháпали nic“ (paní Rita). Ženy zpětně přiznávaly, že se u nich objevovaly i pocity závidivosti a nenávisti vůči jiným těhotným nebo ženám, které mají zdravé děti: „Fáze zoufalství se střídaly s fázemi hněvu. V prvním týdnu jsem vlastně vůbec nechodila ven. V dalším období jsem se nedokázala podívat na těhotnou v autobuse, záviděla jsem všem kamarádkám, které mají děti“ (slečna Sára). Z výpovědí žen vyplynulo, že v poporodním období neměly chuť s nikým komunikovat, spíše byly ponořeny do sebe a hodně přemýšlely, proč se jim tato věc stala. Většina žen hovořila o snaze počít co nejdříve další dítě. Už nyní však přiznávají strach o osud dalšího těhotenství: „Snažíme se o další miminko. Doufám, že se to podaří a přitom vím, že budu šilet hrůzou, aby se zase něco nestalo“ (slečna Simona).

Rozloučení s dítětem

Rozloučení s dítětem bylo umožněno jen některým ženám, a to až po vlastním porodu dítěte, kdy pocítovaly obrovskou únavu a nechtěly dítě vidět. „*Porodní asistentka se ptala, jestli chci malého vidět, ale já nechtěla. Ani přítel nechtěl*“ (slečna Sára). Konzultování této možnosti ze strany porodní asistentky nebo lékaře před samotným porodem nebylo žádnou z žen zmíněno. Některé z žen samy po porodu požádaly o možnost dítě vidět: „*Když jsem malou porodila, ptala jsem se, jestli nám ji ukážou. Hned ji odnesli na vážení, ale za chvíli ji sestra přivezla v postýlce a nechala nám ji tam. Byla jako malý andílek. Pořád jsem nemohla uvěřit tomu, že nezačne plakat, že se ty malé prstíčky nepohnou. Za to, že jsme mohli s malou být, rozloučit se s ní, jsem moc vděčná*“ (paní Rita). Jedna z žen byla ponechána celou dobu porodu v nejistotě, zda bude moci své dítě vidět: „*Zeptala jsem se, jestli mi ho po porodu ukážou. Doktor mi odpověděl, že podle toho, jak bude dítě vypadat, a s tím jsem šla родit. Pak jsem nějak porodila, hned malého odnesli. Za chvíli mi ho dali do náruče, nechali mi ho tam 15 minut a pak ho někam odnesli*“ (slečna Viktorie). Ve výpovědích se objevuje i to, že ženy nebyly informovány o tom, co se bude dít s tělem dítěte po porodu. O nutnosti pitvy a pohřbení dostaly informace až v pozdějším období po porodu: „*Po porodu jsem se ptala, kde je malý. Pořád jsem si myslela, že se něco stane a přinesou mi ho a bude plakat. Jestli chceme malého vidět, se nikdo nezeptal*“ (paní Markéta). Těsně po porodu přítom převládala nezájem žen o rozloučení s dítětem: „*Po porodu jsem měla zavřené oči, nechtěla jsem nic vidět. Cítila jsem, jak ji odnášejí pryč. Slyšela jsem, jak hlásí váhu a míru. Bylo to strašné. Teď vlastně pořád přemýšlím, že jsem si Karolínku ani neprohlédla*“ (slečna Simona). S delším časovým odstupem od porodu se stále častěji u žen začala objevovat potřeba zjistit, jak dítě vypadalo: „*Už v nemocnici mi bylo líto, že jsem malého nemohla vidět ani pochovat*“ (slečna Sára). „*Není dne, abych si na malou nevzpomněla. Je mi líto, že jsem ji v porodnici nemohla vidět. Mám jen fotky z ultrazvuku*“ (slečna Simona).

Negativní zážitky

V negativním smyslu ženy hovořily o nutnosti spontánního porodu, který byl spojen s bolestí. Bolest nebyla ve všech případech dostatečně tlumena: „*Nechápala jsem, proč musím родit normálně. Bolesti byly hrozné*“ (paní Rita). „*Když*

přišel doktor a vyšetřil mě, požádala jsem o epidurál. Řekl, že už je pozdě“ (slečna Sára). Velmi špatně vnímaly ženy kontakt s těhotnými ženami a zdravými novorozenci: „*Bylo šílené slyšet pláč miminek*“ (paní Markéta). „*Zase jsme slyšely, že tam pláče mimino. To bylo asi nejhorší*“ (slečna Blažena). Většina žen hovořila o přístupu personálu v porodnici okrajově: „*Sestřička, která byla u mého porodu, mi moc pomohla*“ (paní Jana). Dvě ženy se během porodu dokonce setkaly s tím, že na ně personál zvyšoval hlas: „*Necitlivé chování doktorky, která na mě několikrát zvyšovala hlas, si budu pamatovat celý život*“ (slečna Simona). Dvě z žen mají negativní zkušenost s přístupem personálu po porodu: „*Chtěli mě dát po porodu na pokoj s miminkama. Psychicky bych to nezvládla*“ (slečna Blažena).

2. Pomoc a podpora

Podpora otce dítěte

Podpora otcem dítěte je zmiňována ve všech výpovědích. Ženy ocenily hlavně jeho přítomnost v průběhu porodu: „*Dovolili mi mít u sebe manžela celou dobu. Za to jsem moc vděčná*“ (paní Rita). „*Kdybych tam neměla manžela, tak bych tam byla úplně sama a nikdo by si mne ani nevšimnul*“ (slečna Viktorie). Významná je i podpora partnera v poporodním období: „*Do nemocnice za mnou chodil manžel, snažil se mne uchlácholit, ale sám byl na tom dost zle*“ (paní Markéta). Otec dítěte se ve většině případů postaral i o úřední záležitosti. Vyřizoval záležitosti na matrice, postaral se o pohřbení dítěte. Většinou se snažil o to, aby se žena vracela do domácího prostředí, které ničím nepřipomínalo očekávané dítě: „*Zařídil pohřeb i všechny ty věci na úřadech. Doma všechno uklidil, složil postýlku, kočárek*“ (paní Markéta). „*Když jsem se vrátila domů, nevím, jak to přítel stihnul, ale všechno, co bylo nachystané pro malou, bylo pryč*“ (slečna Simona). Jedna z žen se zmiňuje v souvislosti s porodem mrtvého dítěte i o krizi v partnerském vztahu: „*Manžel celou situaci těžce nese, ten zážitek mezi námi udělal velkou propast*“ (paní Jana). Podpora partnera byla pro ženy velmi významná: „*Já vůbec nevím, jak bych to sama zvládla*“ (slečna Sára).

Podpora okolí

Období po propuštění z nemocnice bylo pro ženy náročné. Těsně po události přetrvávala potřeba izolace „*Známi ani nevolali, jen psali*

SMS, at' se držím a podobné fráze. Když za mnou chtěli přijít na návštěvu, nechtěla jsem, chtěla jsem být sama. Hrozím se toho, až půjdu zpět do práce. Nejraději bych odjela někam pryč, kde mne nikdo nezná“ (paní Rita). Vyhýbaly se dětem a těhotným ženám: „Rodina si myslí, že jsem celkem v pohodě, ale já nejsem. Nemohu se podívat na žádnou těhotnou, abych nezačala brečet.“ Ženy pocitovaly snahu okolí pomoci jim na vše zapomenout, proto se snažily normálně fungovat: „Všichni kolem si myslí, jak jsem se s tím rychle vyrovnala. Nikdo se mě na nic neptá“ (paní Rita). Z výpovědi vyplynulo, že neměly odvalu svěřovat se okolí se svými pocity. Největší podporou pro ženy byl kontakt se stejně postiženými ženami. Ten navázaly prostřednictvím internetu: „Co mi hodně pomáhá, jsou internetové diskuse s holkami, co se jim přihodilo to stejné. Protože nikdo, kdo to nezažil, nemůže pomoci“ (paní Rita). „Co mi trochu pomáhá, je, že nejsem sama. Začala jsem hledat na internetu a píšu si s holkami, co zažily to samé. Je to strašné, kolik nás je“ (paní Markéta). Ženy shodně vypovídaly, že kontakt se ženami se stejnou zkušeností je pro ně přínosný.

Profesionální podpora

O možnosti psychologické pomoci se zmiňují jen některé ženy. Hovoří jen o tom, že jim tato pomoc byla nabídnuta. Žádná z žen tuto možnost nevyužila. „Bylo mi hrozně, ale jít k cizímu psychologovi a svěřovat se, to se mi vlastně vůbec nechtělo“ (slečna Viktorie). „Nabízeli mi i psychologu, ale odmítla jsem“ (paní Rita). Pro ženy byl významný přístup personálu v porodnici. „Sestřička, která byla u mého porodu, mi moc pomohla“ (paní Jana). „Byla jsem na tom psychicky špatně, doktor, když to viděl, tak mi raději dával pořád tabletky na uklidnění“ (slečna Simona). „Víte, při takových situacích by doktoři měli více soucítit s rodičkou, neříkám litovat ji, ale měli by mít jiný přístup. Hodně by třeba pomáhalo, kdyby byl doktor celou dobu s rodičkou, nebo sestra, aby pořád dokola vysvětlovala, co se děje. Měli by mít více trpělivosti s povídáním o všem, co následuje. Jednou to nestačí“ (slečna Viktorie).

Vysvětlení příčiny smrti dítěte

O příčině smrti dítěte se zmiňovaly všechny ženy. Bylo znát, že je to pro ně důležité: „Moje Kateřinka se narodila ve 33. týdnu – mrtvá. Vážila 1 900 g a měřila 45 cm. Příčinou byla trombóza pupečníku“ (paní Rita). Ve výpovědích se často objevovaly pochybnosti o pravdivosti sdělení:

„Výsledek pitvy zní infekce, nezbyvá mi jen věřit, že to tak mělo být“ (paní Markéta). Opět se ve výpovědích objevoval pocit vlastní viny: „Možná, kdyby mne napadlo na to pomyslet, tak bych přišla do nemocnice a malý mohl být živý. Je pravda, že se mi zdálo, že se malý méně hýbe už ve čtvrtek, ale nepřikládala jsem tomu dost pozornosti. Výsledek pitvy potvrdil, že se malý zadusil na pupeční šňůře. To nám vlastně řekl i doktor hned po porodu“ (slečna Kateřina).

DISKUSE

Období těhotenství je významné pro všechny ženy. Nezdařené těhotenství, které skončí porodem mrtvého plodu, je událost, která poznamená ženu na celý život. Informace o nitroděložním úmrtí dítěte je pro ženu i její okolí většinou nečekanou zprávou. Už způsob sdělení diagnózy je pro ženu nesmírně důležitý. Před sdělením diagnózy se porodní asistentka musí pokusit získat důvěru ženy, ocenit její snahu, např. že se dostavila na vyšetření. Informace podávané personálem pracoviště by rozhodně měly být shodné, neměly by zahrnovat spekulace a měly by být pro ženu i blízké příbuzné dostatečně srozumitelné. Nejlepší cestou, jak toho dosáhnout, je redukovat na minimum počet osob pověřených k podávání informací (Binder, 2007, s. 62).

Z výpovědí žen vyplynulo, že často bylo sdělení nepříznivé zprávy uspěchané. Negativní bylo i to, že po sdělení diagnózy byly často ponechány samotné. Kastová (2000, s. 75) uvádí, že zdravotníci mají tendenci se truchlícím vyhybat – upomínají je totiž na smrt, na možnost přerušování či ukončení jejich vztahů. Pokud zdravotníci, kteří jsou s těmito ženami v kontaktu, akceptují smrt jako aspekt života a vědí, jak hluboce ztráty zasahují a přímo ničí, pak mohou být takové ženě oporou. Také Čepický (1999, s. 241) uvádí, že lékaři obvykle reagují na událost pocity vlastního selhání a viny. Se svou úzkostí se nezdá vyrovnavají hostilní reakcí vůči pacientce, její sedací nebo bagatelizací vážnosti události. Lékař i porodní asistentka se musí snažit zajistit klid a soukromí při sdělování informace. Klidné a citlivé jednání personálu, který je připraven zvládat situaci, je v tomto stavu žádoucí. Je nutné si uvědomit, že z informace o smrti dítěte nelze udělat příznivou zprávu. Tuto situaci si žena bude pamatovat do konce svého života. Je vhodné zajistit, aby žena ani po sdělení

informace nezůstala sama. Porodní asistentka po sdělení diagnózy ženu neopouští, podpoří ji při vyjádření emocí a počká, až bude mít u sebe blízkou osobu. Důležitá může být i jen tichá přítomnost, respektování reakcí ženy i jejího okolí. Způsob, jakým se sděluje diagnóza, může ovlivnit celý proces truchlení i to, jak se žena s celou situací vyrovná. Reakce na sdělení závažné diagnózy probíhá zpravidla v několika fázích, které porodní asistentka musí znát, aby mohla porozumět chování pacientky a přiměřeně na ně reagovat, případně je vysvětlit rodinným příslušníkům a tím ovlivnit jejich spolupráci (Čechová et al., 2004, s. 55).

Po sdělení diagnózy se ženy nacházely ve stadiu šoku a popření. Průkaz poškození plodu *in utero* je většinou provázen popřením. Rodiče mrtvého dítěte jsou mimořádně citliví na reakci a chování lékaře a ostatního personálu. Žena chce informace, které by jí umožnily pochopit příčinu a snížit tak pocity viny (Čepický, 1999, s. 241). V tomto období jsou dominantními pocity směsice lítosti, hněvu, bezmoci a strachu. Prožívání zármutku je vysoce individuální a rovněž jeho projevy jsou mimořádně pestré (Haškovcová, 2000, s. 90). Ženy v našem souboru prožívaly silné negativní emoce, často plakaly. Pláč je důležitým projevem emocí pozůstalého, je důležitým neverbálním signálem a objevuje se proto, aby sdělil něco, co se dá jen obtížně vyjádřit slovy. Zdravotníci by měli dát ženám „povolení k pláči“. Pláč je zpravidla signálem pro ostatní, že je zde člověk, který potřebuje utěšit (Špatenková, 2008, s. 68). Jakákoliv ztráta bývá spouštěcím momentem krize. Ztráta blízké osoby vyvolává zcela mimořádnou krizi: v jediném okamžiku pohltí celou naši existenci. Touto ztrátou je otřesena vlastní identita, člověk už nechápe, jak sám sebe prožívá, a také přestává rozumět světu (Kastová, 2000, s. 75).

Při péči o ženu **v průběhu porodu** je nutný empatický přístup. V tomto období se sledované ženy nacházely ve špatném psychickém stavu. Při jejich pobytu na porodním sále je nutno zamezit tomu, aby byly svědky jiných porodů. Tuto situaci vnímaly ženy velice těžce a působila na ně sklíčujícím dojmem. Porodní asistentka se musí pokusit o vytvoření prostředí, kde bude zajištěno co největší soukromí. To může být někdy problém, vzhledem k prostornému rozmístění porodních sálů. Z lidského hlediska je důležité zajistit, aby rodička nebyla ani nepří-

mým svědkem narození živého dítěte jiné matce (Rossová, 1995, s. 219). Komunikace s rodičkou v takové situaci bývá náročná. Žena je pod velkým psychickým tlakem a navíc musí porodit mrtvé dítě. Pobyt na porodním sále ženu stresuje, navíc se přidává nutnost opakovaného vyšetřování, sledování postupu porodu, invazivních zákroků a v neposlední řadě i prožívání fyzické bolesti. Dle Čepického (2006, s. 146) by se epidurální analgezie dnes měla povinně podávat při porodu mrtvého plodu. Porodní asistentka by měla ženě vysvětlovat a popisovat všechny výkony, které jsou prováděny. Je nutné neustále opakovat informace o tom, co bude následovat a proč jsou tyto zákroky nutné. Žena se nachází ve stadiu šoku, kdy podané informace těžko vstřebává.

Po porodu mrtvého dítěte nastává loučení. Rozloučení s mrtvorozeným dítětem je důležité pro dlouhodobé vyrovnání se se smrtí dítěte. Porodní asistentka je opět zásadní osobou, která může pomoci ženě k tomuto kroku. Při vysvětlování celého postupu porodu je vhodné zabývat se i obdobím po narození dítěte. Většina žen ve svých výpovědích popisuje, že možnost vidět dítě jim v porodnici nebyla nabídnuta nebo ji nechtěli po porodu využít. Čím delší je doba od porodu, tím více se objevovala potřeba vědět, jak dítě vypadalo. Rituál rozloučení je proto důležité podpořit. Porodní asistentka svým přístupem může ovlivnit rozhodnutí ženy k tomuto kroku. Porodní asistentka musí být empatická, respektovat osobnost rodičky i její přání. Například v Kanadě, pokud si to rodiče přejí, s nimi dítě zůstává na pokoji celý den. Nabídnou rodičům otisk nožiček či odstřižené vlásky. Také na Slovensku jsou porodnice, kde je podobný způsob možný. Špatenková (2008, s. 138) například zveřejňuje „*Certifikát o narození*“ a „*Parte s otisky nožiček*“ z novorozeneckého oddělení NsP Nové Zámky. V České republice převažuje přístup rychlého odnesení mrtvého novorozence. Zpravidla nikoho nenapadne nabídnout rodičům rozloučení s dítětem. Problém tkví také v tom, že takový přístup k mrtvé rozenému novorozenci se zdá zvláštní či přímo morbidní i mnoha zdravotníkům (Chrásková, 2009, s. 335). Pokud žena dítě vidět nechce, není vhodné ji k něčemu nutit. Je vhodné ji informovat o tom, že své rozhodnutí může kdykoli změnit. Po celou dobu porodu je vhodné, pokud si to žena přeje, zajistit přítomnost

blízké osoby. Často je doprovázející osobou otec dítěte, který je sám ztrátou dítěte zasažen a i on potřebuje adekvátní informace a podporu. Po porodu je nutné opět opakovat informace podávané lékařem. Je vhodné informovat rodiče o tom, kde a jak dlouho bude tělo dítěte a o možnosti jeho pohřbení. Vysvětlit význam tohoto rituálu pro dlouhodobé smíření s úmrtím novorozence. Před propuštěním z nemocnice porodní asistentka podává informace o úředních záležitostech (matrika, porodné, pohřebné, mateřská dovolená, peněžitá pomoc v mateřství). Informace by měly být předány i v písemné formě vzhledem k tomu, že se pozůstalá matka nachází většinou ve špatném psychickém stavu. Tehdy nechce informace vstřebávat, nejsou pro ni podstatné. Pokud bude mít žena přístupné informace v písemné formě, může se k nim podle potřeby vrátit. Většina rodičů má v zármutku tendenci se obviňovat, proto je důležité pacientce zdůraznit, že ne ona je zodpovědná za tragédii (Feldmár, 2009, s. 30).

Při pobytu v nemocnici žena citlivě reaguje na každé slovo i gesto pečujícího personálu. Každá nevhodně formulovaná věta může ženu hluboce ranit a zanechat v ní negativní pocity. Je důležité vyvarovat se škodlivých zásahů. Ženy ve svých výpovědích často uváděly podávání sedativ po celou dobu hospitalizace. Toto opatření oddaluje proces truchlení a zbytečně se prodlužuje začátek truchlení. Přesvědčení personálu, že pro pacientku bude nejlepší celou věc co nejrychleji zapomenout, novorozence raději neukazovat a o pohlaví nemluvit, neumožní pacientce normální proces truchlení. Tento postup může pacientku traumatizovat po celý zbytek života. Oživit novorozence není možné, ale poskytnutí empatie a naděje může pomoci ženě vyrovnat se s bolestnou událostí (Feldmár, 2009, s. 31).

Ženy odcházely z nemocnice často na vlastní žádost. Otec dítěte se vždy postaral o to, aby se vracely do prostředí, které ničím nepřipomínalo dítě. Toto řešení také není úplně správné. I když je to pro pozůstalou matku bolestné, potřebuje mít čas sama tuto událost zpracovat. Právě odstranění všech věcí, které připomíná dítě, nehodnotí zpětně ženy jako užitečné. Porodní asistentka se může pokusit o rozhovor s otcem dítěte nebo jiným rodinným příslušníkem a tím pomoci při jejich nejistotě, kdy nevědí, jak vše zařídit. Zachování vzpomínek je pro pozůstalou matku důležité. Vzpomínkami mo-

hou být i fotky z ultrazvuku nebo oblečení pro dítě.

V prvním období po porodu se ženy snažily izolovat od okolí. Případaly si stigmatizované. Špatně snášely zejména přítomnost dětí nebo těhotných žen. Někdy hovořily až o pocitech nenávisti, za které se styděly. To jsou normální reakce na ztrátu dítěte. Porodní asistentka musí ještě při pobytu v nemocnici informovat ženu o těchto emocionálních reakcích a vysvětlit, že jsou normální reakcí na nenormální situaci, ve které se žena nachází. Porodní asistentka by měla mít v rámci ošetrovatelského procesu na paměti, že její působení se setká s úspěchem za předpokladu navázání kontaktu s ženou, jejího zájmu o ni, získání ženy pro spolupráci (Chrásková, 2009, s. 211). Ztráta blízkého člověka (a tím jistě očekávané dítě je) nevyvolává u pozůstalých pouze silné emoční reakce, nabourává také jejich pocit vlastní identity, pocit vlastní integrity, vztahy s jinými lidmi, přesvědčení o stabilitě a bezpečnosti světa. Pozůstalí v takové situaci potřebují pomoc a podporu. Té se jim ale často nedostává. Velmi opomíjenou kategorií truchlících jsou právě matky, které porodily mrtvé dítě, případně potratily nebo podstoupily umělé ukončení těhotenství. Rodiče, kterým se narodilo mrtvé dítě, mají tendenci potlačit veškeré vzpomínky na tento pro ně nepřijemný zážitek. Ovšem takový nezpracovaný a potlačovaný žal se může projevit mnohem později ve formě patologického zármutku. Potrat nebo porod mrtvého dítěte může být také zdrojem jiných problémů, které se mohou vyhroutit v partnerskou krizi (Kubičková, 2001 s. 80).

Hlavním zdrojem pomoci by měli být hlavně jejich nejbližší, rodina, příbuzní, přátelé, známí. Jenomže i ostatní členové rodiny mohou být zasaženi zármutkem, truchlí. Ani jiní lidé ze sociálního okolí, např. přátelé a známí, nebývají někdy pozůstalým dostatečnou oporou. Chování a prožívání pozůstalých je znepokojuje (Špatenková, 2008, s. 9–10).

Ženy vnímaly snahu okolí podpořit je, ale neviděly v tom smysl. Měly pocit, že situaci musí zvládnout samy. Nejbližší okolí se snaží raději o události nekomunikovat. Je to nepřijemné téma. Nejbližší nevědí, jak mají reagovat. Ve snaze pomoci často používají fráze, které ženu zraňují. Nebo o události nemluví vůbec. V době přechodu od původního způsobu života k „nové normalitě“, kdy převládají prožitky stra-

chu, nejistoty a závažného stresu, může rodičům poskytnout bezpečné zázemí profesionální poradce. Výrazný terapeutický účinek mohou mít svépomocná setkání pozůstalých rodičů. Hlavním přínosem těchto skupin je, že si rodiče uvědomují, že nejsou sami, že existují lidé, které potkala podobná a někdy i horší ztráta (Firthová et al., 2007, s. 115). Všechny oslovené ženy hledaly pomoc anonymně na internetu.

Svépomocné skupiny mají pro ženy po ztrátě dítěte opravdu velký význam. Proto je vhodné, aby porodní asistentka ženu ještě v porodnici informovala o této možnosti psychické podpory. Ženy, které mají stejnou zkušenost, mohou výrazně pomoci při zvládnání situace. Je důležité zmínit se i o možnosti odborné psychologické pomoci a předat ženě konkrétní informace, tzn. telefonický kontakt. V České republice se mohou pozůstalí rodiče obrátit na občanské sdružení Dlouhá cesta. Dlouhá cesta je občanské sdružení, které na bázi dobrovolnosti sdružuje občany bez rozdílu věku, národnosti, víry či profese k aktivní pomoci k dosažení společného cíle. Cílem sdružení je psychická a praktická podpora žen i celých rodin, kterým zemřelo dítě (www.dlouhacesta.cz). Sdružení se v současné době snaží o distribuci svého propagačního materiálu do porodnic.

Ženy v našem výzkumu také chtěly mít informace o důvodu úmrtí dítěte. Pro rodiče je potřebné ještě za pobytu v porodnici domluvit si schůzku s vedoucím lékařem a s pediatrem a nechat si vysvětlit, co proběhlo špatně, později se seznámit i s výsledkem pitvy. Informovanost a soucenná péče jim dodává důvěru a pomáhá jim vyrovnat se s tragickou situací. Vhodné je po několika týdnech rozhovor zopakovat, protože ve fázi šoku rodiče informace vnímají často i zkresleně (Ratislavová, 2008, s. 77).

ZÁVĚR

Ve své práci jsme se pokusily popsat pocity žen po porodu mrtvého plodu. Vyrovnat se s úmrtím dítěte je dlouhodobý proces. Významné je právě období porodu, kdy proces truchlení začíná. V tomto období je pro ženu lékař i porodní asistentka důležitou osobou, která může ovlivnit celý proces truchlení. Průzkum prokázal, že péče profesionálů je zatím ponechána náhodě. Jak situaci zvládnou, záleží jen na jejich vlastním postoji. V práci byly dostatečně popsány individuální prožitky žen, které by porodním

asistentkám pomoci pochopit jejich pocity a tím přispět ke zlepšení komplexní ošetrovatelské péče. Dle údajů z Českého statistického úřadu se muselo v roce 2009 vyrovnávat s následky porodu mrtvého dítěte 319 žen (www.czso.cz). Jsme přesvědčeny, že je to dost vysoké číslo na to, aby se porodní asistentky i lékaři začali touto problematikou více zabývat.

LITERATURA

- BINDER, T.: Psychologické a medicínské aspekty porodu mrtvého plodu. *Praktická gynekologie*, 2007, vol. 11, no 2, s. 61–63.
- ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., KUČEROVÁ, H.: *Psychologie a pedagogika*. 1. vyd. Praha: Informatorium, 2004, 160 s.
- ČEPIČKÝ, P.: Šestinedělí po perinatálním úmrtí. *Moderní gynekologie a porodnictví*, 1999, vol. 8, no 3.
- Český statistický úřad. [online]. [cit. 2010-20-04]. Dostupný z: [http://www.czso.cz/csu/2009edicniplan.nsf/t/E30032FE8A/\\$File/400109q421.pdf](http://www.czso.cz/csu/2009edicniplan.nsf/t/E30032FE8A/$File/400109q421.pdf)
- Dlouhá cesta. [online]. [cit. 2010-20-04]. Dostupný z: [www. http://www.dlouhacesta.cz/cz/leve-menu/projekty-a-akce/prazdna-kolebka/c301](http://www.dlouhacesta.cz/cz/leve-menu/projekty-a-akce/prazdna-kolebka/c301)
- FELDMÁR, P.: Hledání vhodných slov po narození mrtvého dítěte. *Gynekologie po promoci*, 2009, vol. 9, no 3, s. 29–30.
- FIRTHOVÁ, P. et al.: *Ztráta, změny a zármutek v kontextu paliativní péče*. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007, 236 s.
- HÁJEK, Z. et al.: *Rizikové a patologické těhotenství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 444 s.
- HÁŠKOVCOVÁ, H.: *Thanatologie – Nauka o umírání a smrti*. 1. vyd. Praha: Galén, 2000, 191 s.
- CHRÁSKOVÁ, J.: Problematika truchlení v práci porodní asistentky. *Ošetrovatel'stvo 21. storočia v procese zmien III. Zborník z mezinárodného sympózia*. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, 2009, s. 332–336.
- KASTOVÁ, V.: *Kríze a tvořivý přístup k ní*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000, 168 s.
- KŘEMENOVÁ, J.; FREMLOVÁ, H.: Jak eticky zvládnout situaci po porodu mrtvého plodu. In: Binarová, I., Cichá, M.: *Etické aspekty ošetrovatelské péče v teorii a praxi*. Zlín: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2009, s. 97–100.
- KUBÍČKOVÁ, N.: *Zármutek a pomoc pozůstalým*. Praha: ISV nakladatelství, 2001, 267 s.
- MAGYAROVÁ, G.: Podpora rodičů při úmrtí novorođenca – naše zkušenosti s aplikací standardu. In: Kalužová, N., Volná, J. (ed.): *V. mezinárodní sympozium ošetrovatelství*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006, s. 140–145.
- RATISLAVOVÁ, K.: *Aplikovaná psychologie porodnictví*. 1. vyd. Praha: Reklamní ateliér Arca s. r. o., 2008, 106 s.
- ROSSOVÁ, E.: *Odpovědi na otázky o smrti a umírání*. 1. vyd. Praha: Grafické závody Svoboda, a. s., 1995, 288 s.
- SOBOTKOVÁ, D. et al.: Narození mrtvého dítěte, perina-

tální úmrtí. In: Čepický, P. (ed.): *Psychosomatické aspekty gynekologie a porodnictví*. Praha: Euroagentur, Levret, 1999, s. 169–172.

ŠPATENKOVÁ, N.: *Jak řeší krizi moderní žena*. Praha: Grada Publishing, 2006, 156 s.

ŠPATENKOVÁ, N.: *Poradenství pro pozůstalé*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 144 s.

VENGLAŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G.: *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 144 s.

Pavla Kasparková, Radka Bužgová
Radka.Buzgova@osu.cz