

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**

**FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ**

**Katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích**

Bc. Simona Petrová

**Ošetrovatelská péče o rodičku s diagnózou foetus mortus**

*Diplomová práce*

Vedoucí práce: Doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.

Praha 2010

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato práce byla zpřístupněna v příslušné knihovně UK a prostřednictvím elektronické databáze vysokoškolských kvalifikačních prací v repozitáři Univerzity Karlovy a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem.

V Praze dne 11. 11. 2009

Bc. Simona Petrová

### **Poděkování**

Děkuji tímto Doc. MUDr. Ivě Holmerové, Ph.D. za odborné vedení při vpracování diplomové práce, za pečlivé posouzení, podnětné připomínky a metodické rady, které mi byly poskytnuty v průběhu zpracování.

## **Modlitba za děťátko**

Nebylo mi dopřáno tě poznat, ale měla jsem tě ráda,  
Nebylo mi dopřáno chovat tě tak, jak maminky chovávají své děti.

S tebou teď pohřbívám to, v co jsem doufala a co jsem si vysnila  
Pro to neznámé a nepoznané miminko, které jsem nikdy nespátřila.

Ale pohřbívám i lásku ve svém srdci  
A smutek z vědomí, že se musíme rozloučit.

Modlím se k Bohu, aby pro tebe udělal  
Všechno to, co jsem pro tebe chtěla udělat já.

Kéž mé děťátko opatruje a chrání před vším zlým,  
Aby se mohlo smát a dovádět v náruči jara.

Zasláno přítelkyni v roce 1977  
(E. Kübler – Rossová, O dětech a smrti, str. 35)

## OBSAH

<b>Obsah</b> .....	4
<b>Abstrakt</b> .....	7
<b>Úvod</b> .....	8
<b>I. Teoretická část</b> .....	10
<b>1. MEDICÍNSKÁ ČÁST</b> .....	10
1.1 Definice.....	10
1.2 Výskyt.....	12
1.3 Etiologie.....	13
1.4 Rizikové faktory.....	14
1.5 Příznaky.....	15
1.6 Diagnostika.....	16
1.7 Komplikace.....	18
1.8 Terapie.....	19
1.8.1 Zmenšovací operace plodu.....	21
<b>2. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST</b> .....	22
2.1 Příjem na porodní sál.....	22
2.2 Průběh porodu.....	23
2.3 Ošetrovatelská péče po porodu.....	25
2.4 Ošetrovatelská péče o mrtvý plod.....	26
2.5 Následná péče.....	28
2.6 Cíl ošetrovatelské péče.....	29
2.7 Úloha porodní asistentky.....	29
<b>3. PSYCHOLOGICKÁ ČÁST</b> .....	31
3.1 Ztráta.....	31
3.2 Člověk v období ztráty.....	32
3.3 Komunikace s lidmi v akutní fázi ztráty.....	37
3.3.1 Komunikace obecně.....	37
3.3.2 Verbální komunikace.....	38
3.3.3 Neverbální komunikace.....	40
3.3.4 Komunikace s klientkou s diagnózou FM na porodním sále.....	41
3.3.5 Chyby a omyly v komunikaci.....	43

3.4 Jak by mohli zdravotníci zacházet s vlastními pocity?.....	44
3.4.1 Supervize.....	45
3.4.2 Péče o sebe sama.....	46
3.4.3 Syndrom vyhoření.....	46
3.4.4 Semináře pro zdravotnický personál.....	48
<b>II. Praktická část</b> .....	49
1. KVALITATIVNÍ VÝZKUM.....	49
1.1 Definice kvalitativního výzkumu.....	49
1.2 Technika kvalitativního výzkumu.....	50
1.3 Cílový soubor respondentů.....	51
2. METODOLOGIE SBĚRU DAT.....	53
2.1 Rozhovory s ženami po porodu mrtvého plodu.....	53
2.1.1 Příprava na rozhovory.....	53
2.1.2 Rozhovor č. 1.....	54
2.1.3 Rozhovor č. 2.....	55
2.1.4 Rozhovor č. 3.....	56
2.1.5 Techniky zpracování dat.....	57
2.1.5.1 Transkripce.....	58
2.2 Analýza kvalitativních dat z rozhovorů.....	59
2.3 Skupinové interview s porodními asistentkami.....	75
2.4 Analýza kvalitativních dat ze skupinového interview.....	79
3. VYHODNOCENÍ KVALITATIVNÍHO VÝZKUMU.....	93
3.1 Rozhovory se ženami po porodu mrtvého plodu.....	93
3.2 Skupinové interview s porodními asistentkami.....	94
4. DISKUSE DOSAŽENÝCH VÝSLEDKŮ.....	96
5. NÁVRH DOPORUČENÍ NA ZMĚNU.....	97
<b>Závěr</b> .....	99
<b>Literatura</b> .....	100
<b>Seznam příloh</b> .....	102
Příloha č. 1: Projekt diplomové práce.....	103
Příloha č. 2: Seznam laboratorních vyšetření u diagnózy foetus mortus.....	107
Příloha č. 3: List o prohlídce mrtvého, Zpráva o antenatálním úmrtí.....	108
Příloha č. 4: Návrh na 10 rad při poskytování ošetrovatelské péče o rodičku s diagnózou foetus mortus.....	110
Příloha č. 5: Desatero pro pozůstalé rodiče.....	111
Příloha č. 6: Státní sociální podpora.....	112

## Abstrakt

Doprovázet ženu při zrodu nového života a být jí při porodu nápomocnou, to je to, co si většina lidí představí pod profesí porodní asistentky. Bohužel se v porodnictví vyskytují i smutné stránky.

Intrauterinní smrt plodu nastává často bez předchozích varovných známek jinak normálně probíhajícího těhotenství. Právě fakt náhlosti vzniku tohoto stavu a možnost ohrožení zdraví ženy přispívá na nutnosti rychlého řešení.

Myslím si, že se mi podařilo srozumitelnou cestou zpracovat téma foetus mortus a také naplnit cíle práce. Pomocí kvalitativního výzkumu objasnit kritická místa v ošetrovatelské péči o rodičku s mrtvým plodem, získané náměty zpracovat a navrhnout možná opatření pro praxi.

**Klíčová slova:** porodní asistentka, rodička, mrtvý plod, porod, ošetrovatelská péče, truchlení, komunikace

## Precis

To accompany a woman at the birth of a new life and to support her at the delivery itself – that is what a profession of a midwife represents for most of the people. Unfortunately, there are also some unpleasant events that may occur in obstetrics.

Endouterine death of fetus may often occur without previous warning symptoms of otherwise standard pregnancy. Due to the fact of sudden emergence and a possibility of health threat of the woman, fast solution is essential.

I think, I managed to elaborate foetus mortus topic in a comprehensible way and to fulfill the aim of my thesis. Crucial points in attendance care of a woman in childbed with foetus mortus diagnosis were clarified, acquired findings were processed and possible practical measures were suggested.

**Key words:** midwife, woman in childbed, dead fetus, childbirth, nursing care, grieving, communication

## Úvod

Svůj obor, tedy práci porodní asistentky, jsem si vybrala hlavně kvůli radostné stránce tohoto povolání. Doprovázet ženu při zrodu nového života a být jí při porodu nápomocnou, to je to, co si většina lidí představí pod tímto oborem. Bohužel se v porodnictví vyskytují i smutné stránky. Také já jsem se za svou krátkou praxi setkala s touto smutnou stránkou oboru.

Výběr tématu diplomové práce nebyl jednoduchý, ale nakonec rozhodl fakt, že téma mrtvého plodu není moc prozkoumané a také se o něm píše velmi málo. Při výběru mě ovlivnilo také mé profesní postavení porodní asistentky na porodním sále, která se s případy žen, kterým umřelo miminko v těhotenství, sama setkala a bojovala s vlastními pocity při možnosti péče o tyto ženy.

Intrauterinní smrt plodu nastává často bez předchozích varovných známek jinak normálně probíhajícího těhotenství. Právě fakt náhlosti vzniku tohoto stavu a možnost ohrožení zdraví ženy přispívá na nutnosti rychlého řešení.

Cílem práce je představení a vysvětlení problematiky ošetrovatelské péče o rodičku s diagnózou mrtvého plodu, také získat rozhovorem se ženami po porodu mrtvého plodu informace, které by pomohly objasnit kritická místa v ošetrovatelské péči. Současně je cílem dopomoci ke zlepšení ošetrovatelské péče a k posílení sebedůvěry ošetrujícího personálu, který se těchto situací obává.

Text jsem rozdělila na teoretickou a praktickou část. V teoretické se zabývám medicínskou, ošetrovatelskou a psychologickou stránkou celé problematiky.

V medicínské části se věnuji popisu etiologie, výskytu, diagnostice, terapii, vzniku možných rizik a komplikací souvisejících s mrtvým plodem.



V ošetrovateľskej časti sa zaoberám príjmom ženy na porodní sál a péči porodní asistentky o rodičku v priebehu porodu a tiež po ňom. Súčasťou tejto časti je kapitola zaoberajúca sa ošetrovateľskou péčou o mŕtvý plod po jeho narodení.

Popis ztráty a človeka v období ztráty sa nachádza v psychologickú časť diplomovej práce. Je tu tiež návod, ako komunikovať s ľuďmi v akútnej fáze ztráty, jej verbálnu, ale tiež neverbálnu zložku. Pre zdravotníky je určená kapitola, ktorá sa zaoberá ochranou vlastných pocitů.

Praktická časť je venovaná výskumu. Vzhľadom k citlivosti a intimitate tématu som zvolila kvalitatívny výskum, ktorý je skôr zameraný na informácie, oproti kvantitatívnemu výskumu, ktorý spracováva predovšetkým štatistické údaje.

Výskum je rozdelený do dvoch úrovní skúmania. Prvá úroveň sa zaoberá ženami, ich skúsenosťami s porodom mŕtvého plodu v nemocnici a s ich skúsenosťami s prístupom zdravotníckeho personálu. A druhá úroveň výskumu sa zaoberá skúsenosťami a pocitmi porodných asistentiek, ktoré zabezpečujú ošetrovateľskú péču a sú psychickou podporou týmto ženám v priebehu porodu.

Metódou získania údajů je v prvej úrovni individuálny rozhovor a v druhej úrovni je to skupinové interview s porodníkmi asistentkami.

Analýzou výsledkov z výskumu sa zameriam na návrhy a možné opatrenia využiteľné v praxi.

# I. TEORETICKÁ ČÁST

## 1. MEDICÍNSKÁ ČÁST

### 1.1 Definice

Vzhledem k tomu, že se v této diplomové práci budu zabývat rodičkou a porodem mrtvého plodu, tak nejdříve objasním, za jakých podmínek můžeme mluvit o porodu a kdy o potratu.

Definice porodu: Od roku **1988** je platná **národní definice** (*dáno vyhláškou 11/1988 Sb.*) Dostupné z: [http://www.demografie.info/?cz\\_porodnost\\_definice](http://www.demografie.info/?cz_porodnost_definice)

Narozením **živého dítěte** se rozumí jeho úplné vypuzení nebo vynětí z těla matčina, jestliže dítě projevuje alespoň jednu ze známek života a má porodní hmotnost

- a) **500 g** a vyšší anebo
- b) nižší než 500 g, **přežije-li 24 hodin** po porodu

Známkami života se rozumějí dech, akce srdeční, pulsace pupečníku nebo aktivní pohyb svalstva, i když pupečník nebyl přerušen, nebo placenta ještě nebyla porozena.

Narozením **mrtvého dítěte** se rozumí: úplné vypuzení nebo vynětí z těla matčina, jestliže plod neprojevuje ani jednu ze známek života a má porodní hmotnost **1000 g** a vyšší.

**Potratem** se rozumí ukončení těhotenství ženy, při němž:

- a) plod neprojevuje ani jednu ze známek života a jeho porodní hmotnost je nižší než 1000 g a pokud ji nelze zjistit, jestliže je těhotenství kratší než 28 týdnů

- b) plod projevuje alespoň jednu ze známek života a má porodní hmotnost nižší než 500 g, ale nepřežije 24 hodin po porodu
- c) z dělohy ženy bylo vyňato plodové vejce bez plodu, anebo těhotenská sliznice

Další pojem, který vysvětlím, než postoupím v diplomové práci dále, je **mrtvorozenost**, která podává informace o perinatální medicíně.

Mrtvorozenost zahrnuje úmrtí plodu v těhotenství a při porodu. Počítá se na 1000 narozených dětí. (*Zwinger, 2004, str. 275*) Patří zde všechny plody bez známek života s porodní hmotností 1000g a více. (*Roztočil, 2001, str. 324*) Za mrtvorozený plod označujeme tedy takový plod, u kterého nebyla zjištěna akce srdeční, nezačal spontánně dýchat, pupečník byl bez pulzace, a plod neprojevil aktivní pohyb svalstva.

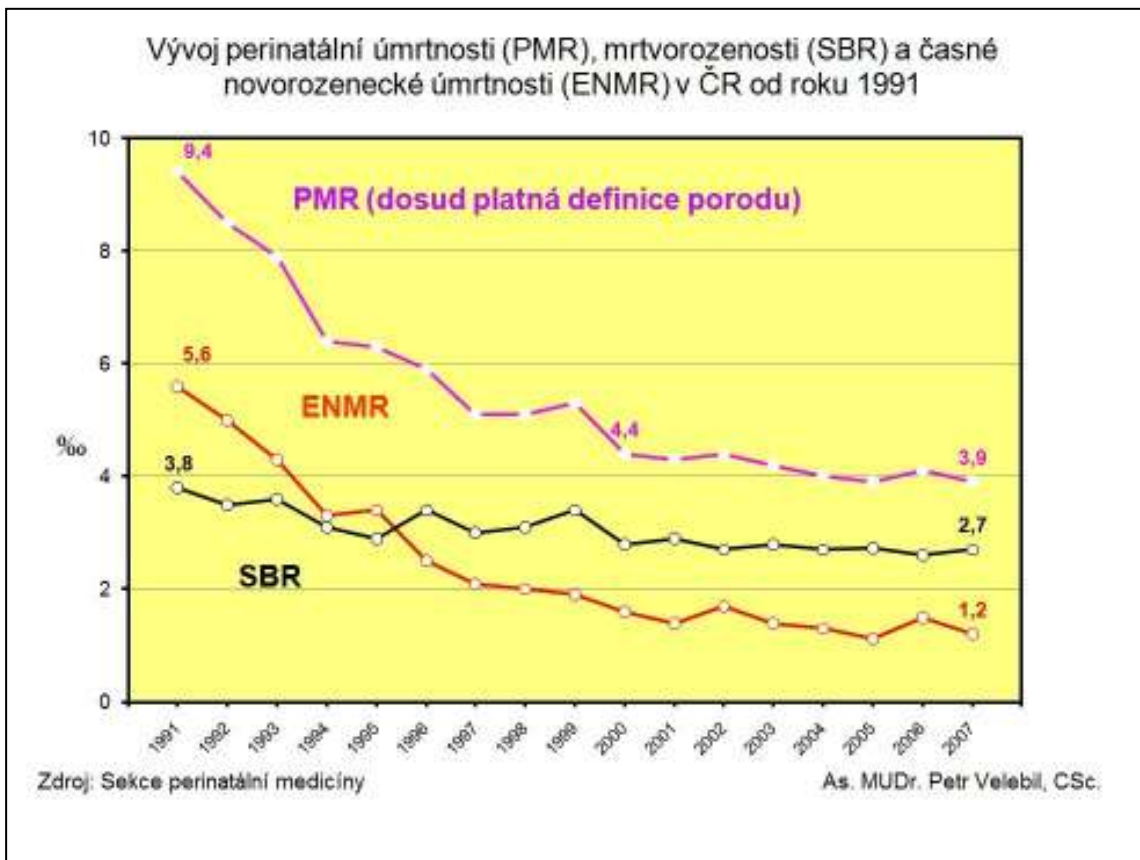
Mrtvorozenost spolu s časnou novorozeneckou úmrtností (ČNÚ<sup>1</sup>) tvoří Perinatální mortalitu, na jejímž základě se hodnotí Perinatální péče. Perinatální mortalita se vyjadřuje v ‰, tj. počet zemřelých plodů (novorozenců) na 1000 narozených dětí. (*Roztočil, 2001, str. 324*)

V roce 1995 zemřelo v ČR antenatálně a intranatálně 3,0 ‰ plodů. (*Macků, Čech, 2002*) V roce 2007 byla mrtvorozenost (stillbirth rate) 2,7 ‰ viz graf č. 1. (*Velebil, 2008*)

---

1 ČNÚ – Časná novorozenecká úmrtnost. Jsou zde zahrnováni všichni novorozenci zemřelí do 7 dnů po porodu (7x24h) porození alespoň s jednou ze známek života a s dolní hmotnostní hranicí 500g. Novorozenci s nižší porodní hmotností než 500g jsou evidováni jako živě rození, pokud vykazují alespoň jednu ze známek života a přežijí 24hodin.

Graf č. 1: Vývoj perinatální úmrtnosti, mrtvorozenosti a časné novorozenecké úmrtnosti



## 1.2 Výskyt:

K perinatálnímu úmrtí dochází zřídka, ale i přesto se vyskytuje a je nutné o něm hovořit. Může potkat kohokoli. Není zde žádné vodítko k předurčení, komu se tato událost přihodí, nebo kdo si ji prožije. Úmrtí plodu se vyskytuje u rodin všech ras, náboženství a sociálních poměrů.

V porodnici, kde pracuji, se každoročně při přibližném ročním objemu okolo 4500 porodů, narodí 8-10 mrtvých plodů. S nárůstem celkového počtu porodů, roste také počet mrtvě rozených dětí.

### **1.3 Etiologie:**

Bohužel na příčiny úmrtí plodu v matčině těle můžeme usuzovat pouze podle některých příznaků. Pro nalezení možné příčiny úmrtí plodu je porodu podstatné velmi důkladně prohlédnout novorozence a placentu. Definitivní průkaz, pokud je nalezena příčina, dostáváme až z protokolu o provedené pitvě zemřelého plodu. Pro asi polovinu ze všech případů perinatálních úmrtí plodu není nalezena příčina. (*D'Alton, Gross, 2002, str. 1*)

Z nejčastějších důvodů úmrtí plodu se uvádějí tato (*dle Zwinger, 2004, str. 275*):

#### **Příčiny mateřské:**

- celková onemocnění infekční a horečnatá
- diabetes mellitus
- preeklampsie
- sepse, intoxikace, trauma, šok
- chronická mateřská onemocnění

#### **Příčiny fetální:**

- chromozomální aberace
- vývojové anomálie
- fetopatie (syfilis, toxoplazmóza), Rh-izoimunizace
- infekce – virové, bakteriální, protozoální
- metabolická onemocnění
- pupečnickové příhody (pravý uzel, torze, strangulace, komprese, prolaps pupečnicku, utažení pupečnicku kolem krku plodu)

### **Příčiny placentární:**

- placentární insuficience
- abrupce placenty (= předčasné odloučení placenty)
- fetomaternální transfúze
- fetofetální transfúze

Další uváděné příčiny zvyšující možnost mrtvorozenosti:

- postmaturita – prodloužené těhotenství (41. týdnů, nebo déle)
- užívání alkoholu, stejně tak jako drog, spolu s kouřením v těhotenství zvyšuje riziko mrtvorozenosti
- vícečetné těhotenství - u dvojčat je výskyt intrauterinních úmrtí až 5 x častější než u jednočetných gravidit

### **1.4 Rizikové faktory:**

Některé zahraniční studie ukazují, že existuje pár rizikových faktorů, které mohou zvýšit pravděpodobnost vzniku perinatálního úmrtí. (*D'Alton, Gross, 2002, str. 25*) Tyto faktory nepřímo souvisejí s výše uvedenými příčinami.

Mezi tyto rizikové faktory patří zvyšující se věk těhotné ženy, velký podíl má kouření a zvyšující se BMI (body-mass index) žen. Jedním z faktorů může být vícečetné těhotenství. (*D'Alton, Gross, 2002, str. 26-29*)

- **Kouření** – riziko porodu mrtvého plodu v souvislosti s kouřením je dobře známá. Toto riziko se zvyšuje s množstvím vykouřených cigaret. Toxický

vliv kouřeného tabáku může způsobit růstovou retardaci plodu, změny v placentárním oběhu, může vést k abrupci placenty.

- **Zvyšující se věk matky** – několik velkých epidemiologických studií uvádí, že vysoký věk matky zvyšuje riziko porodu mrtvého plodu. Při srovnání žen mladších 30let se ženami ve věku 35-39 let narostlo riziko perinatálního úmrtí plodu téměř dvakrát, zatímco u skupiny žen ve věku 40 a starších odpovídá riziku více než dvojnásobnému. Se zvyšujícím se věkem těhotné souvisí zvýšené riziko vzniku těhotenstvím podmíněných onemocnění nebo komplikací, jako je preeklapsie, gestační diabetes nebo abrupce placenty.
- **BMI** – dle průzkumů prováděných v USA ženy s nadváhou nebo obezitou mají častěji nižší sociálně-ekonomický status a mnohem častěji tyto ženy kouří cigarety. Taktéž těhotenské komplikace, jako je gestační diabetes, preeklapsie a eklampsie, se mnohem častěji vyskytují mezi ženami s nadváhou nebo obezitou.
- **Vícečetné těhotenství** – protože se u dvojčat mnohem častěji vyskytuje růstová retardace plodů a mnohem častěji se rodí předčasně, také proto se zvyšuje riziko perinatální a (zejména) novorozenecké úmrtnosti. Specifickému zájmu podléhají jednovaječná dvojčata, která mají horší potenciál přežití než dvojvaječná dvojčata. Jestliže jedno dvojče zemře v děloze, druhému dvojčeti se zvyšuje riziko úmrtí, nebo se také vystavuje vyššímu riziku mozkové obrny a dalšímu mozkovému poškození.

## 1.5 Příznaky

Těhotná žena přichází do porodnice buď sama, nebo je odesílána obvodním gynekologem. Většinou vyhledává odbornou pomoc, jelikož se jí něco přestane zdát, nejčastěji vnímá snížené množství pohybů plodu, nebo je necítí vůbec. Bohužel se stává i to, že těhotná, bez jakéhokoli podezření, přijde na obvyklou kontrolu u gynekologa nebo k natočení monitoru a ozvy plodu jsou již vyhaslé a akce srdeční není tedy přítomna.

V některých případech ženu přivádí do porodnice další příznaky, které na první pohled mohou simulovat jiné komplikace těhotenství, nebo předčasný či včasný porod. Jedná se například o krvácení jasnou krví, předčasný odtok plodové vody – zkaleně zbarvené, nebo pouhé kontrakce, či bolesti břicha a v podbříšku.

Literatura popisuje tyto příznaky: Ustanou pohyby - často po stadiu křečovitých záškubů. Ozvy nejsou slyšitelné, děloha se nezvětšuje - naopak zmenšuje, ubývá plodové vody. Těhotná udává pocit cizího tělesa v břiše, přechodné napětí prsů. Stěžuje si na nechutenství, nevěli, mívá mrazení. Později může být subikterická. (Macků, Čech, 2002)

## 1.6 Diagnostika

K perinatálnímu úmrtí dochází v naprosté většině případů náhle, bez upozornění, nelze se na něj připravit.

Nemůžeme-li najít ozvy plodu stetoskopem, nebo v dnešní době sondou kardiotokeografu (dále CTG), nemusí to nutně znamenat, že je plod jednoznačně mrtvý. Poslech ozev může zhoršovat obezita těhotné, polyhydramnion, změna uložení plodu. Taktéž u nižšího stádia gravidity je velmi těžké akci srdeční potvrdit sondou CTG.

Pro verifikaci podezření na foetus mortus při absenci ozev plodu, se použije **ultrazvuk**. Nejistíme-li srdeční akci ani ultrazvukovým vyšetřením, je diagnóza mrtvého plodu velice pravděpodobná za předpokladu, že vyloučíme technickou závadu přístroje.

Dle Čecha E. a kolektivu lze ultrazvukem velmi spolehlivě prokázat vitalitu i odumření plodu. Zvláště při obtížných situacích (menší těhotenství, obezita těhotné, polyhydramnion, časté kontrakce aj.) je stanovení této diagnózy jinými metodami velmi obtížné a často nejednoznačné. (Čech a kol., 1999, str. 331)

Pro odumření plodu ve II. a III. trimestru těhotenství svědčí v UZ obraze časné a pozdní známky.

**Časné známky:**



- Vymizení srdeční činnosti plodu je nejčasnější (okamžitý) a nejspolehlivější průkaz jeho odumření. Srdce se zobrazuje dilatované, bez jakýchkoli známek pulzace. Tento nález můžeme doplnit současným vyšetřením pulzní barevnou dopplerovskou technikou.
- Ustává také pohybová aktivita plodu, kterou neregistrujeme ani po jeho zevním dráždění.

### **Pozdní známky:**

- Deformace hlavičky s podsouváním kostí krania (Spaldingovo znamení) a porušené držení plodu prokážeme až za 1-2 dny po jeho smrti.
- Setření hranic hrudních a břišních orgánů i jejich vnitřních struktur.

Zwinger A. uvádí další diagnostické metody průkazu intrauteriního úmrtí:

- **RTG vyšetření** (dříve používané) – nejčastějším znamením je projasnění v oblasti aorty pozorovatelné do 24h po odumření – znamení Holmsovo vyvolané nahromaděním plynu v aortě. Po třech dnech lze zaznamenat střechovité podkládání lebečních kostí – Spaldingovo znamení. Po týdnu bývá na snímku vidět úhlovité ohnutí páteře a porušené držení plodu.
- **Amnioskopické vyšetření** – zjišťujeme masově červeně zbarvenou plodovou vodu.
- **Hladiny estriolu** v krvi matky klesají.

Odumřelý plod je obvykle vypuzen - porozen, za různě dlouhou dobu, dokonce i po několika týdnech. Podle toho, za jak dlouho po odumření je plod porozen, jeví různý stupeň macerace:

- I. st. - bully, puchýře se vytvářejí již za 6 hodin po odumření
- II. st. - bully se odlučují v plátech kolem 7. dne po odumření

- III. st. - pokožka je na velkých plochách odloučená, obnažená místa jsou hemoragicky imbibovaná, kostra, klouby a vazy jsou rozvolněné.

## 1.7 Komplikace

Možnost vzniku komplikací stoupá v závislosti na délce časového období od odumření plodu až po diagnostiku a následnou terapii tohoto už tak závažného a traumatizujícího stavu.

Nejhorší možnou komplikací, na kterou musíme vždy myslet, je možnost vzniku diseminované intravaskulární koagulopatie (dále DIC) provázející syndrom mrtvého plodu, dalšími komplikacemi mohou být vznik infekce, sepse, dekompenzace základního onemocnění rodičky (diabetes mellitus, hepatopatie...), nebo komplikace související s porodem mrtvého plodu. Všechny tyto komplikace jsou natolik závažné, že mohou vést v nejhorším případě až k úmrtí rodičky.

**DIC** (*dle Zwinger A., 2004, str. 416*)

- Diseminovaná intravaskulární koagulace je koagulopatie vyskytující se v akutní i v chronické formě šířeji než pouze v porodnictví. V něm však má velmi důležitou roli v mateřské mortalitě i kritické morbiditě, pokud není diagnosticky a terapeuticky včas podchycena.
- V těhotenství je zvýrazněna prokoagulační pohotovost. DIC je obrazem nerovnováhy mezi prokoagulační a antikoagulační aktivitou. Může se vyskytovat v akutní i v chronické formě, které mají poněkud odlišné projevy. Může náhle překvapit dramatickou klinickou formou s masívním krvácením nesrážlivou krví, jako např. při embolii amniální tekutiny při porodu. Může však v úvodu mít jen laboratorní projevy v markerech hemokoagulace a projevit se později; pokud je podhodnotíme, prodlení vede

k náhlé konverzi do klinické manifestace. Tento průběh je charakteristický pro syndrom mrtvého plodu nebo pro zamlklý potrat.

## 1.8 Terapie

Při diagnostikování úmrtí plodu v děloze těhotné ženy je indikováno ukončení těhotenství. K porodu mrtvého plodu by mělo dojít v co nejkratší době od zjištění, důvodem jsou výše popsané hrozící komplikace. Před započítím indukce porodu mrtvého plodu předchází přijetí těhotné do zdravotnického zařízení.

Je na zvážení porodníka, zda fyzická kondice těhotné umožňuje vést porod vaginálně, nebo je situace natolik závažná (silné krvácení, eklampsie, HELLP syndrom), že je nutné těhotenství ukončit neodkladným císařským řezem. Z porodnického hlediska se preferuje ukončení těhotenství vaginální cestou.

Terapie u intrauterinního odumření plodu závisí na délce těhotenství, velikosti dělohy a nálezů na děložním hrdle. U časných těhotenství v I. Trimestru provádíme dilataci hrdla děložního a evakuaci dutiny děložní. Ve II. trimestru indukujeme některým z prostaglandinových preparátů (v časnějším gestačním stádiu je vnímavost k těmto preparátům menší než v termínu porodu).

Ve III. trimestru indukujeme porod mrtvého plodu stejným způsobem jako ostatní indukce<sup>2</sup>. Nepříznivý nález na děložním hrdle je možné zlepšit preindukcí (pomocí prostaglandinu E<sub>2</sub> v gelu, nebo tableť zavedené do zadní klenby poševní, nebo využitím hydrofilních tyčinek – Dilapanu). (*Zwinger A., 2004, str. 276*)

Na připravené porodní cesty je možné využít mechanické metody indukce porodu - dirupce vaku blan. Nenastane-li do 2 hodin od protržení plodových obalů pravidelná děložní činnost, aplikuje se oxytocin.

---

2 Indukce porodu – je umělé vyvolání děložní činnosti za účelem ukončení těhotenství.

Farmakologické metody, které mají účinky na vyvolání pravidelných děložních kontrakcí, jsou dvě prokázané skupiny preparátů – oxytocin a prostaglandiny. Oxytocinem se indukují pacientky se zralým čípkiem a po předchozí dirupci vaku blan. Aplikuje se v nitrožilní infuzi. Prostaglandiny aplikujeme extraamniálně nebo endocervikálně. *(Roztočil, 2008, str. 13)*

Po přijetí těhotné do zdravotnického zařízení následuje UZ vyšetření a laboratorní vyšetření. V příloze č. 2 uvádím seznam jednotlivých laboratorních vyšetření, z nichž některá se provádějí u všech pacientek a zbývající jsou doporučena u vybraných pacientek. Odebrání doporučených laboratorních vyšetření ordinuje lékař.

Nezbytně nutná je profylaxe DIC podáním nízkomolekulárních heparinů (Clexane, Fraxiparine) a prevence infekčních komplikací podáním antibiotik.

Další postup se řídí aktuálním porodnickým nálezem a paritou ženy. *(Lomíčková, 2006, str. 561)*

Nástupem děložní činnosti vede postupné otvírání děložního čípku až k tzv. zašlé brance (úplnému otevření) a následnému porodu mrtvého plodu. Porod by měl trvat co nejkratší možnou dobu. Samozřejmostí je porod vést co nejvíce bezbolestný, vhodné je využití analgetik, spasmolytik a opiátů. V dnešní době, pokud se nevyskytuje kontraindikace (nejčastěji krvácivé stavy), je nejúčinnější podání epidurální analgezie, která zaručí nejen odstranění bolesti, ale také podpoří otvírání porodních cest.

Vzhledem k tomu, že nás situace nenutí ohlížet se na stav plodu při průchodu porodními cestami, můžeme vést II. dobu porodní pomalu, aby došlo k co nejmenšímu poranění rodičky. Ve většině případů tedy neprovádíme ani nástřih hráze.

Po porodu plodu se po podání uterotonik spontánně rodí také placenta s obaly. Znamená to tedy aktivní vedení III. doby porodní. Prevencí krvácení ve IV. době porodní (tedy dvě hodiny po porodu) je podání infuze s Oxytocinem.

Ve velmi vzácných případech dochází ke komplikaci porodu zadržením plodu, nebo nemožností plod (nebo jeho části) z nějakého důvodu porodit. Za těchto okolností je možné použít zmenšovací operace plodu.

Pro případnou revizi dutiny děložní nebo zmenšovací operace plodu se užívá celková anestezie.

### **1.8.1 Zmenšovací operace plodu**

Při těchto operacích se instrumentálně zmenší tělo plodu tak, aby byla možná jeho extrakce porodními cestami. Tyto výkony byly ještě před druhou světovou válkou běžné, a to nejen u plodů mrtvých, ale i živých. Často byly jedinou možností jak zabránit úmrtí matky. (*Roztočil, 2001, str. 304*) Soubor těchto destruktivních výkonů patří v současnosti mezi velmi ojedinělé. Provádí se zcela výjimečně ve dvou situacích (*dle Čech et kol., 1999, str. 418*):

- Při porodu mrtvého plodu se zborcenou hlavičkou v posledním trimestru těhotenství. Tak je možno ušetřit rodičku, např. s kardiopatií, od větší porodní námahy, zabránit poranění měkkých tkání (děložního hrdla, hráze), či urychlit porod při ohrožení ženy, např. při krvácení v průběhu porodu mrtvého plodu.
- Při porodu pozdě poznaného, těžce malformovaného plodu, který by svými zvětšenými partiemi představoval porodní překážku (např. rozsáhlý hydrocefalus neslučitelný se životem).

## **2. OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE**

### **2.1 Příjem na porodní sál**

Po zjištění a verifikaci diagnózy foetus mortus ultrazvukovým vyšetřením, je těhotná žena odesílána na porodní sál. Zde se jí ujímá porodní asistentka, která s touto ženou sepisuje anamnestické údaje a vyplňuje potřebné údaje do počítače, aby bylo možné sepsat příjem na porodní sál.

Volaný lékař ženu vyšetří. To znamená, že provede zevní a vnitřní porodnické vyšetření. Provede ultrazvukové vyšetření a zjištěné informace vypisuje do porodopisu.

Těhotná musí být především dostatečně a srozumitelně informována o úmrtí plodu, s jejím souhlasem je třeba informovat i její nejbližší. Tento rozhovor není možné odbývat „v poklusu“, je nutné věnovat mu čas. Informace musí podávat zkušený lékař, který ovládá úskalí komunikace s pacientem. *(Lomíčková, 2006, str. 561)*

Plnou právní odpovědnost za pacienta nese lékař, kterému také náleží sdělování důležitých a závažných informací. Lékař by měl být také tím prvním člověkem, který informuje pacienta o povaze jeho onemocnění, o zamýšlené léčbě a léčebných alternativách atd. *(Haškovcová, 2000, str. 39)*

To znamená, že lékař musí vysvětlit ženě důvody přijetí k hospitalizaci, nutnost vyvolání porodu a tím ukončení těhotenství v nejbližší možné době.

Porodní asistentka se snaží, pokud to situace dovolí, v průběhu přijímacího pohovoru zajistit ženě soukromí, aby nebyla zbytečně ještě více traumatizována ostatními rodičkami. Jelikož je těhotná přijímaná na porodní sál, může se stát, že je konfrontována dalšími ženami, které přicházejí rodit a jsou v takové fázi porodu, že je není možné nechat čekat na chodbě.

## 2.2 Průběh porodu

V porodnici, ve které pracuji, jsou na porodním sále oddělené porodní boxy, takže je možné separovat těhotnou ženu s diagnózou foetus mortus od okolního ruchu, hlavně od rodičích žen a křičících novorozenců. Ne všechny porodnice (obzvláště tam, kde ještě neproběhla rekonstrukce porodních sálů) mají oddělené, nebo odhlučněné porodní boxy, je tedy skutečností, že k narušení soukromí alespoň částečně dochází.

Před příchodem ženy na porodní box by měla porodní asistentka z pokoje odstranit všechny potřeby na novorozence (postýlka, peřina, váha, CTG monitor...), aby tak zbytečně nevyvolávala bolestivé pocity.

Po celou dobu pobytu ženy na porodním sále je umožněna manželovi nebo partnerovi jeho přítomnost, jestliže si to oba takto přejí. Věřím, že i v menších porodnicích jsou toto schopni poskytnout. Partner je ženě velkou oporou a podporou, ale zároveň také prožívá smutek z nastalé situace.

Porodní asistentka v průběhu porodu:

- snaží se co nejvíce pacientku zklidnit a podporovat
- průběžně vysvětluje a informuje o dalším postupu
- musí zajistit přístup do periferního žilního řečiště ženy zavedením kanyly
- odebírá krev na laboratorní vyšetření – krevní obraz, koagulační vyšetření, biochemie včetně CRP a dále dle ordinace lékaře (v příloze č. 1 jsou uvedena další možná laboratorní vyšetření)
- odebírá krev na křížovou zkoušku, na základě ordinace lékaře objednává krevní deriváty tzv. „do depa“, aby byla krev připravená v případě nutnosti podání transfúze
- řádně vede dokumentaci, shromažďuje výsledky dostupných laboratorních vyšetření

- sleduje fyziologické funkce rodičky á 2h
- asistuje lékaři při vyšetření – zavádění prostaglandinových tablet k indukci porodu
- podává, po domluvě s rodičkou, přípravu k porodu (oholení, klystýr, sprcha)
- sleduje intenzitu, frekvenci a délku kontrakcí, eventuelně jejich posílení infúzí s Oxytocinem
- aplikuje léky dle ordinace lékaře (infúze, spasmolytika, antibiotika, analgetika...)
- informuje o možnosti a vhodnosti epidurální analgezie (možno aplikovat již na velmi málo rozvinutých porodních cestách, nejsou-li žádné kontraindikace ze strany anesteziologa)
- při ústupu účinku epidurální analgezie, organizuje možnost přidání analgetik do epidurálního katétru (látka podávána do epidurálního katétru většinou působí 2 hodiny)
- sleduje otevírání porodních cest (asistuje lékaři při vyšetření, v případě nutnosti vyšetřuje sama. Doporučená frekvence vyšetření při pravidelné děložní činnosti je po dvou hodinách)
- po dirupci vaku blan (=protržení plodových obalů) sleduje zbarvení plodové vody
- sleduje průběh první doby porodní, průběžně o ní informuje lékaře, veškerá podezření na patologii průběhu první doby porodní hlásí okamžitě lékaři (krvácení, vysoký krevní tlak, zvýšení tělesné teploty nad 37,5°C...)
- doporučí rodičce vertikalizaci (sprcha, balón, porodnická židle, křeslo) a tím působení gravitační síly na plod
- u zašlé branky, tzn. při úplném otevření porodních cest, volá lékaře a standardně ho obléká k porodu, připravuje pomůcky a prostředí k porodu



- před samotným tlačáním pacientce vysvětlí a nacvičí se ženou správnou techniku tlačení
- vedení II. doby porodní je stejné, jako u porodu živého plodu
- snaha uchránit intaktní hráz, episiotomii provést jen v indikovaných případech

### **2.3 Ošetrovatelská péče po porodu**

Po porodu plodu je podvázán a přestřižen pupečník a porodní asistentka odnáší mrtvé miminko na dětský box nebo někam, kde může být plod prohlídnut pediatrem.

III. dobu porodní, tedy porod placenty, vedeme aktivně. Do žíly rodičky se aplikuje látka na odloučení placenty, v poslední době je používaným prostředkem Ergometrin. Před porodem placenty je-li to možné, se odebírá krev z pupečníku na potřebná vyšetření. Placentu je nutné po porodu důkladně zkontrolovat, zda je celistvá, zda má dostatek blan. Lékař prohlíží také pupečník, jeho délku a anomálie, jestliže se nějaké vyskytují.

Nejde-li porodit placentu spontánně, je nutné ji vybavit manuálně v celkové anestezii.

Po porodu placenty porodník provádí standardní revizi porodních cest a veškerá poranění, která najde, zašije vstřebatelným vláknem. Měl by ženu poučit, jak o suturu pečovat v průběhu šestinedělí.

Následuje standardní IV. doba porodní, tedy dvě hodiny po porodu, kdy porodní asistentka kontroluje sílu krvácení a involuci dělohy. Pomýšlí na skrytou hrozbu vzniku DIC z nadměrného poporodního krvácení.

Po porodu mrtvého plodu má být žena ošetrována spíše na gynekologickém než na porodním oddělení a má jí být ošetřujícím personálem poskytnuta veškerá možnost vyjádřit svůj smutek a lítost. (*Zwinger, 2004, str. 461*)

Gynekologické oddělení je pro ženu mnohem šetrnější, jelikož není přímo konfrontována ostatními kojícími ženami a pláčem jejich miminek. Na oddělení gynekologie zůstává většinou jeden až dva dny po spontánním porodu a následně je propuštěna domů. Před propuštěním by se nemělo zapomenout na zástavu laktace.

Před návratem ženy domů je nutno se též postarat, aby její rodina byla připravena na možné emoční problémy, vysvětlit rodinným příslušníkům pocit ztráty a poradit jim, aby odstranili z dohledu předem připravené hračky a výbavičku. (*Zwinger, 2004, str. 461*)

## **2.4 Ošetrovatelská péče o mrtvý plod**

Po porodu plodu volá porodní asistentka pediatra, který jej prohlédne. Pediatr pátrá po všech možných příčinách, které mohly zapříčinit úmrtí plodu. Jedná se hlavně o veškeré abnormality a vrozené vývojové vady, které může, ale většinou nenachází. Také se ptá porodníka na průběh porodu, zda byl obtočen pupečník kolem krku nebo těla plodu.

O nalezených abnormalitách plodu informuje porodníka. V počítači vypíše do porodopisu datum, hodinu a minutu porodu a informaci o tom, že se plod narodil bez známek života, uvádí také pohlaví plodu, je-li to možné již rozeznat. Dále popisuje stupeň macerace plodu, případné zborcení lebečních kostí plodu, podle kterých určuje přibližnou dobu odúmrť.

U dítěte je potřeba zjistit porodní váhu a porodní míru. Je-li váha plodu vyšší nebo rovna 1000g jedná se o porod a veškerou dokumentaci vypsát, jako u porodu. Nutné je udělat záznam do porodní knihy, kde se vypíše čas porodu, váha, míra a pohlaví dítěte.

Kromě plodu se zjišťuje hmotnost placenty, která se pak naloží do 10% roztoku Formolu.

Dítě, které je porozeno krátce po nitroděložním úmrtí, bez nalezených vývojových abnormalit, vypadá po porodu, jako kdyby jen spalo. Takovéto dítě je možné zabalit do dětské peřinky a ukázat rodičům.

Jestliže je rodička ošetřena po porodu, zeptáme se jí a jejího partnera, je-li přítomen, zda chce své dítě vidět. Jestliže tuto možnost využije, zabalíme dítě do dětské peřiny a přineseme jí ho ukázat. Necháme pak rodičům čas na to, aby se mohli s miminkem rozloučit, a dáme tím prostor k truchlení.

Poté, co tak učiní, dítě odnášíme a je nutné jej řádně označit a poté zabalit. Označení spočívá v tom, že na končetinu plodu přivážeme cedulku se jménem (je-li známo), příjmením, váhou, mírou plodu a váhou placenty, datem a časem narození.

Otázkou je, zda ukazovat dítě, jestliže zjistíme, že je nějakým způsobem malformované. Pokud rodiče chtějí své dítě vidět, i po získání informace o tom, že dítě má vývojovou vadu, měl by je lékař srozumět s tím, že na miminko nemusí být zrovna příjemný pohled (např. při rozštěpu patra apod.). Porodní asistentka by dítě měla zabalit tak, aby z postižení bylo vidět co nejméně.

Lékař po porodu řádně vyplní tyto dokumenty:

- 4x list o prohlídce mrtvého – viz příloha č. 3 (3x se posílá na patologii, 1x zůstává v dokumentaci)
- 2x zpráva o antenatálním úmrtí – viz příloha č. 3 (1x se odesílá na patologii, 1x zůstává v dokumentaci rodičky)
- 1x průvodní list k pitvě

Do dokumentace se dále zakládá zpráva, zda si rodiče přejí/nepřejí pohřeb. Rodiče se musí již v průběhu porodu rozhodnout, zda dítě pohřbí, nebo ne. 1x se tato zpráva s rozhodnutím rodičů zakládá do dokumentace a 1x se posílá na patologii. Pokud si pohřeb přejí, musí rodiče sami kontaktovat pohřební službu do 96 hodin od porodu.

Mrtvý plod a naložená placenta v roztoku 10% Formolu jsou odváženy následující pracovní den na oddělení patologie. Je dáno zákonem, že je pitva v těchto případech a vůbec u dětí do 15let věku povinná. (*zákon č. 256/2001-2006 Sb*)

Výsledky pitvy mrtvého plodu jsou sděleny ženě osobně tři měsíce po porodu v ambulanci příslušné porodnice, kam se žena musí sama objednat.

## **2.5 Následná péče**

Velké mínus českého zdravotnictví je špatná multioborová propojenost. Chybí návazná péče.

Už v porodnici by měl být přítomen pro tyto případy psycholog, nebo by měla žena z porodnice odcházet minimálně s kontaktem na psychologa, který s daným pracovištěm spolupracuje.

Na některých pracovištích je psycholog sice přítomen, ale většinou je natolik vytížen, že není v jeho silách se za rodičkou zastavit.

Zwinger A. uvádí, že u žen, které potratily, nebo porodily mrtvý plod, zjišťujeme vysokou incidenci depresivní poruchy a pocitu smutku. Poporodní období většinou neposkytuje ochranu proti některé z psychických poruch a není tedy radno bagatelizovat ani mírné psychické poruchy po porodu na tzv. baby blues, protože bez psychiatrického vyšetření může být promeškána diagnóza začínající závažné psychické poruchy.

Poporodní poruchy zahrnují ty poruchy, které jsou spuštěny fyziologií rození, pocity zodpovědnosti za dítě, lítosti nad ztrátou dítěte při jeho úmrtí nebo darování k adopci nebo změnami v dynamice vztahů v rodině způsobenými příchodem dítěte. (*Zwinger, 2004, str. 461*)

## **2.6 Cíl ošetrovatelské péče**

Cílem ošetrovatelské péče o ženu s indukovaným porodem mrtvého plodu, je nejen péče v průběhu porodu, který by měl být, co nejkratší a co nejméně bolestivý, ale také péče před porodem a po porodu. Porodní asistentka by zároveň měla rozpoznat a předcházet komplikacím, které v souvislosti se zjištěnou diagnózou hrozí.

Žena by měla cítit oporu, empatický přístup a pochopení od celého zdravotnického týmu. Veškerá péče se nesoustředí pouze na to, jak nejrychleji porodit již mrtvé miminko, ale je důležité působit na všechny stránky ženy. Je tedy nutný komplexní bio-psycho-sociální přístup.

Porodní asistentka by měla být ženě oporou, průvodcem a osobou, která sděluje potřebné, ale zároveň umí naslouchat, nebo mlčet ve správnou chvíli. Měla by pomoci ženě přijmout diagnózu a pokusit se vyrovnat se ztrátou dítěte. Zdravotnický personál by měl jednat profesionálně a v ženě i jejím partnerovi by měl vzbuzovat důvěru. Pro rodiče by měli být někým, na koho se můžou kdykoliv v průběhu hospitalizace obrátit o radu nebo o pomoc.

Dobrý pocit z kvalitní péče, pochopení a empatického přístupu zdravotnického personálu je to jediné pozitivní, co si může pacientka z porodnice odnést.

## **2.7 Úloha porodní asistentky**

Porodní asistentka by měla odvést kvalitní ošetrovatelskou péči, ale zároveň by měla sehrát velmi důležitou úlohu v podpoře psychiky rodičky, nebo obou rodičů.

Úmrtí plodu v průběhu těhotenství je náhlá událost. Někteří autoři ji přirovnávají k tzv. syndromu náhlého úmrtí u novorozenců, který je strašákem pro všechny novopečené rodiče. O syndromu náhlého úmrtí novorozenců se však mluví mnohem více a častěji, než o možnosti, že by plod mohl odumřít v průběhu těhotenství.

Komunikací a svým jednáním musí porodní asistentka najít vhodnou cestu, jak se přiblížit oběma partnerům. Musí pracovat tak, aby jim byla nápomocnou v této těžké situaci.

Je to tedy úloha, ve které by měla porodní asistentka obstát. Problémem je, že mnoho z nás se této péče obává. Je to pro nás (porodní asistentky) velký závazek a tato smutná situace dopadá na celý zdravotnický tým. Emoce zde hrají velkou roli. Navíc se vyskytuje spousta otázek, které dopadají na hrud' porodní asistentky, na které v mnoha případech nezná odpověď.

Velkou roli hraje nedostatečné proškolení zdravotnického týmu v případech, kdy musí pečovat o takto traumatizované pacientky. Nebo krátká praxe mladých, nezkušených porodních asistentek.

Sama jsem se nesešla s žádným seminářem, nebo kurzem zabývající se touto tématikou. Věřím proto, že rozhovory se ženami, které si touto zkušeností prošly, získám nějaké informace o poskytnuté zdravotní péči a také jaké nástrahy na zdravotníky číhají.

Jaká slovní spojení při péči o traumatizované pacientky nejsou vhodná, co ženě může ublížit a naopak, co ji podpoří. Zda je lepší kolem ženy chodit tzv. po špičkách a opatrně, nebo mluvit narovinu.

Další nástrahou pro zdravotníky může zároveň být péče o ženu v období ztráty. Nevědomý strach ze smrti se může projevit u zdravotníků vyhýbavým chováním, minimalizováním kontaktu s pacientkou, neosobním zacházením s rodičkou, zacházení s mrtvým plodem jako s věcí nebo únikem do nadměrné bezúčelné aktivity. (*Rastislavová, 2008, str. 76*)

### **3. PSYCHOLOGICKÁ ČÁST**

V téhle části diplomové práce popíši stavy a postoje, které pravděpodobně může prožívat rodička a následně popíši doporučení pro porodní asistentky jednak při práci s rodičkami v období ztráty, ale také doporučení pro ně samé, aby dokázaly zacházet se svými vlastními pocity v těchto situacích.

#### **3.1 Ztráta**

Bolest ze ztráty miminka je úplně jiná než bolest ze ztráty manžela či manželky, rodičů, sourozenců, staršího dítěte nebo jiného milovaného člověka. Je mnoho faktorů, které mohou to, jak prožíváte zármutek, ovlivnit, ale vyrovnat se se smrtí miminka je obzvláště těžké. Dostupné z: <<http://www.azrodina.cz/1849>>

Když bychom měli vymezit pojem „ztráty“, tak bychom mohli takto:

Jedná se o náročnou životní situaci, která je charakterizována dlouhodobým, ale především ireverzibilním (nezvratným) odloučením od signifikantního objektu nebo funkce. (Špatenková, 2004, str. 55) V našem případě se jedná o ztrátu ještě nenarozeného dítěte ženě, která doteď prožívala normálně se vyvíjející těhotenství.

Přirozenou, normální reakcí na každou uvědomovanou ztrátu je smutek (resp. truchlení). Proces truchlení představuje určitý způsob zpracovávání této ztráty, proces vyrovnávání se s danou situací. Čím byla vazba jedince ke ztracenému objektu intenzivnější, tím výraznější, intenzivnější a delší jsou projevy smutku a truchlení.

Smutek se pak projevuje na emocionální a kognitivní úrovni, ale manifestuje se také v chování a na úrovni tělesných projevů:

- **Projevy smutku na emocionální úrovni.** Smutek (resp. truchlení) je konfliktní záplava lidských emocí, které člověk prožívá v souvislosti

s každou velkou změnou ve svém životě, např.: šok, zármutek, smutek a žal, touha, pocity viny, úzkost a strach, pocity bezmocnosti a beznaděje apod.

- **Projevy smutku na kognitivní úrovni:** zmatek, dezorientace, nedůvěra, obsedantní zabývání se vzpomínkami na ztracený objekt, poruchy koncentrace pozornosti, halucinace atd.
- **Projevy smutku na úrovni chování a jednání:** pláč, únikové reakce (alkohol, drogy, hyperaktivita, denní snění, náboženské zanícení, ale také např. únik do nemoci nebo suicidální tendence), poruchy spánku, změna stravovacích návyků, změny související se sexuálním životem apod.
- **Projevy smutku na tělesné úrovni** – tělesný dyskomfort provází smutek velmi často. Nejčastěji se objevují problémy s dýcháním (dušnost, dechová nedostatečnost, ale také psychosomatické reakce – kašel apod.), únava a svalová slabost, senzorická přecitlivělost (citlivost na intenzivní světlo a hluk), nespavost apod. (*Špatenková, 2004, str. 55-56*)

### 3.2 Člověk v období ztráty

K perinatálnímu úmrtí dochází v naprosté většině případů náhle, bez upozornění, nelze se na něj připravit. V době, kdy porodní asistentka hledá přístrojem ozvy plodu a nenachází, je již těhotná v zajetí úzkostných představ. Lékař provádí diagnostiku úmrtí plodu ultrazvukovým přístrojem, na kterém může žena vidět tu hrůznou skutečnost, že její dítě nežije. Ocítá se ve fázi šoku, zděšení, paniky, bezradnosti. Může se stát, že diagnózu odmítá přijmout (To není možné. To je omyl.), což svědčí o obranném psychickém mechanismu popření.

V prvních chvílích je běžné, že se rodička cítí emočně otupělá, všechno se jí zdá neskutečné, cítí se osamělá, vzdálená od ostatních. První fáze šoku trvá několik hodin až po dobu dvou týdnů. (*Rastislavová, 2008, str. 76*)



Výše popsané nám ukazuje, že se jedná o **aktuální ztrátu** – tedy takovou, která přišla nečekaně, stala se „ted' hned“.

Smrt milovaného člověka patří k nejtěžším ztrátám, které nás mohou postihnout. Smrtí ztrácíme tohoto člověka navždy a definitivně. Je normální, že pozůstalí v takové situaci prožívají hluboký zármutek, cítí se opuštění, zoufalí a bezmocní. (*Špatenková, 2004, str. 69*)

**Truchlení** je komplexní psychologickou, sociální a somatickou reakcí na ztrátu. Můžeme ji popsat jako proces, který má několik fází. Tyto fáze jsou přehledně uvedeny v tabulce č. 1.

Tab. 1. Členění procesu truchlení

<b>Fáze truchlení</b>	<b>Doba trvání</b>	<b>Projevy</b>
Šok a otřes	Bezprostředně po ztrátě, několik hodin (až dva dny)	Pozůstalí si připadají zmatení, otupělí, omráčení, často reagují zautomatizovaně, nevěřičně („ <i>Ne, to nemůže být pravda! Ne, to ne!</i> “).
Fáze sebekontroly	Trvá zpravidla do večera dne pohřbu.	Příprava organizace pohřbu znemožňuje pozůstalým, aby zcela podleli svému zármutku. Teprve až odejdou smuteční hosté, plně na ně dolehne bolestnost ztráty.
Regrese	Jeden až tři měsíce	Truchlíci pláčí, ve svém chování vykazují prvky regrese ( <i>chovají se jako děti</i> ), jsou apatičtí, uzavření, úzkostní, zoufalí. Dostavuje se dezorganizace chování, pozůstalí nezvládají nároky běžného fungování, nejsou schopni se zařadit zpět do pracovního procesu, stahují

		se ze sociálních kontaktů. Mohou trpět poruchami spánku, nechutenstvím.
Adaptace	Obvykle až jeden rok	Pozůstalí získávají ztracenou sebekontrolu nad sebou samými, nad svým životem, zvládají nároky běžného života. Smiřují se s tím, co se stalo, přesto nezapomínají – „zůstává jizva, která bude příležitostně bolet.“

(zdroj: Kubičková 2001, str. 34-36 in Špatenková N., Krizová intervence pro praxi, str. 70)

Člověk trpící ztrátou někoho blízkého, v našem případě matka nebo rodiče ještě nenarozeného miminka prožívají záplavu různorodých emocí, nejčastěji dle Špatenkové N. se jedná o:

- **Smutek, zármutek a žal**
- **Obavy** – které mohou být způsobeny nejistotou („co se mnou bude? Co si počneme? Budu moct mít další děti? Proč se to stalo? Jak to řekneme okolí?“), ale i otázkami po smyslu života (tváří v tvář smrti dosavadní životní pravdy ztrácejí svou cenu).
- **Hněv, vztek a agrese** – tyto negativní emoce mohou být zaměřeny na ostatní, např. na zdravotnický personál („Proč mu nějak nepomohli? Proč ho nezachránili?“), na zemřelého („Jak nám to mohlo udělat? Proč nás opustilo tak brzy? Proč se nechtělo narodit?“), ale i na sebe sama („Proč jsem nepřišla dřív?“).
- **Pocit viny a obviňování se za smrt miminka** („Měla jsem více dbát na životosprávu (nebo něco jiného...) a ono by se to nestalo. To mám za to, že jsem dělala to a to...“). (Špatenková, 2004, str. 69)

Tyto emoce nemusí prožívat každý stejně a to proto, že každá klientka je originální a neopakovatelná osobnost. V práci s každou rodičkou nesmíme zapomínat na požadavek respektování individuality každého jedince. Každý klientka je jiná, její ztráta (smrt miminka) je jiná a tak se jedná o naprosto jedinečné a neopakovatelné truchlení. (Špatenková, 2008, str. 43)

Klientky se vzájemně liší (srov. Moody, Arcangel, 2005 in Špatenková N, *Poradenství pro pozůstalé*, str. 43):

- **věkem**
- **zdravotním stavem** (tělesným i psychickým)
- **vírou a náboženským přesvědčením**
- **vztahem k zemřelému** (k nenarozenému miminku)
- **okolnostmi úmrtí**
- **osobností** (zralost, citová labilita, charakter, temperament, citové zábrany apod.)
- **kulturou** (což je v multikulturní společnosti normální)
- **rodinnou situací** (dobře fungující rodina, absence rodiny apod.)
- **vzory a modely chování z primární rodiny**
- **sociální oporou** (sociální kontakty nebo sociální izolace)
- **předcházejícími zkušenostmi se smrtí a truchlením**
- **životní situací** (další problémy, které se v souvislosti vyskytly)

Všechny tyto okolnosti mohou nějakým způsobem ovlivňovat průběh procesu truchlení.

Truchlení je dlouhý a bolestivý proces, během něhož mohou pozůstalí kdykoliv potřebovat pomoc a podporu. (Špatenková, 2008, str. 53) Na porodním sále tato dlouhá a strastiplná cesta truchlení začíná.

Rodička na porodním sále je ve stádiu šoku a otupění, musí čelit skutečnosti, která nastala a na kterou nebyla ona ani nikdo z jejích blízkých v žádném případě připravena. Navíc se jedná o ztrátu dítěte, které se ještě nestihlo narodit, o to vše je tento proces horší. Může se k ní dostavit také pocit selhání z vlastní neschopnosti dítě donosit. A jednak nenaplněné pocity mateřství.

Často nechápe, když už prochází utrpením, že jí umřelo miminko, proč si musí prožít celý vaginální porod a trpět v bolestech. Představou těchto žen je ukončení těhotenství císařským řezem a tím i ukončení bolesti, ze vzniklé situace. Pokud není císařský řez z nějakého důvodu indikován, pak je vaginální porod pro ženu mnohem šetrnější, než se může na první pohled zdát.

Proces, kterému žena v nemocnici čelí, se odehrává velmi rychle. Zdravotníci na ní tlačí s vyřízením nezbytných záležitostí. Najednou se v rychlosti musí rozhodnout, zda své ještě nenarozené dítě bude chtít pohřbit, nebo ne. Musí se rozhodnout, jestli své dítě pojmenuje, až se narodí. V některých případech nedostává možnost se poradit s někým blízkým a rozhoduje se sama.

Někdy (v poslední době čím dál častěji) je jí nabídnuto, jestli bude chtít dítě po porodu vidět. Pod tíhou těchto rozhodnutí si musí prožít celý porod, který by chtěla mít, co nejdříve za sebou.

E. Kübler – Rossová píše, že truchlíci rodiče, od nichž byly jejich děti odneseny hned po porodu a oni neměli možnost pochovat je v náručí nebo se jich alespoň dotknout, prožívají žal mnohem déle – a často pak i několik let sestávají ve stádiu částečného popírání.

Každé děťátko, ať přijde na svět mrtvé či živé, by vždycky mělo být předáno svým rodičům – aby si je mohli prohlédnout, dotýkat se jej, aby je přijali jako svého potomka. Jedině tak si naplno uvědomí, že skutečně měli opravdové dítě, budou vědět, koho vlastně ztratili, a budou se s touto ztrátou moci vyrovnat s náležitým žalem.

Pokud jim nebyla dopřána možnost takového fyzického prožití skutečnosti, bude období jejich zármutku trvat mnohem déle – a rodiče potom mohou existenci tohoto kratičkého života popírat, nebo už nenajdou odvahu k dalšímu těhotenství. Jejich představy

o „monstru“, které přivedli na svět, jsou obvykle daleko horší než to, co by bývali spatřili, kdyby se na své děťátko směli podívat. (Kübler-Rossová, 2003, str. 38)

V naší převážně ateistické společnosti bývalo pochování mrtvého dítěte po porodu nepředstavitelné, postupem času se tato zkušenost mění. Ve většině případů však rodičky samy možnost si mrtvé miminko pochovat, nebo se na něj podívat, odmítají. A pokud není tomuto účelu nakloněna porodní asistentka nebo lékař, nebo panující situace ve zdravotnickém zařízení, tak se ani tato možnost nenabízí. V různých nemocnicích je stále spíše doporučováno se na dítě vůbec nedívat. Někteří rodiče, často nábožensky založení, o tuto možnost sami požádají.

### **3.3 Komunikace s lidmi v akutní fázi ztráty**

V této kapitole nejdříve popíši, co to komunikace je obecně, jaká je její definice, jak je komunikace důležitá a potom se budu zabývat vhodností některých často používaných frází v komunikaci s pozůstalými.

#### **3.3.1 Komunikace obecně**

Etymologický pojem komunikace poukazuje na **latinský původ slova**. Latinské slovo *communicare* by se dalo přeložit do češtiny jako spolupodílet se na něčem společném, doručovat, propůjčovat, dávat a přijímat, sdílet s někým, něco někomu dát, dopřát. Latinské slovníky vysvětlují význam slova komunikace:

„*Communicare est multum dare*“ = komunikovat znamená mnoho dávat.

Komunikace má mnoho definic, jednou z nich může být tato:

Komunikace je prostředek k vzájemnému ovlivňování osob. Je tedy skutečným nositelem společenského procesu. Umožňuje sociální interakci, která dělá z člověka společenskou bytost. (*Greisinger, Štefanovič, 1987, str. 246*)

Jobánkovou M. v Kapitolách z psychologie uvádí že: *Slovo komunikace znamená vzájemnou výměnu informací mezi lidmi.*

Tato výměna probíhá prostřednictvím slova, vět – **verbální** (digitální) **složka** a mluvení beze slov, např. gesty, mimikou atd. – **neverbální složka**.

Komunikace je pro vztah mezi lidmi nevyhnutelnou podmínkou. V mezilidských vztazích nelze nekomunikovat. Veškeré chování, mluvení či mlčení, vše má význam sdělení.

Každé sdělení má dvě úrovně. Obsahovou a vztahovou.

**Obsahová úroveň sdělení** je věcná informace.

**Vztahová úroveň sdělení** (metakomunikace) charakterizuje vztah jedinců a význam jejich informací (např. jde-li o žádost, prosbu, nařízení či zákaz apod. vyjádřeno intenzitou hlasu, tónovou výškou, barvou hlasu, délkou hovoru, rychlostí řeči apod.). (*Jobánková, 2003, str. 132*)

### 3.3.2 Verbální komunikace

Při verbální komunikaci dochází ke sdělování informací pomocí slov.

K tomu, aby komunikace probíhala správně a produktivně, aby došlo ke správnému přenosu důležitých informací mezi mluvčím a příjemcem ve zdravotnictví, je zapotřebí dodržet základní kritéria účinné komunikace (*Zacharová, 2002, str. 108-109*):

- **jednoduchost** – spočívá v používání běžných a srozumitelných slov.
- **stručnost** – lze použít jak v mluveném, tak v psaném projevu. Problémem bývají používané zkratky, které mohou komunikaci zkomplikovat.

- **zřetelnost** – znamená přesné vyjádření významu toho, co chceme sdělit. Cílem zřetelnosti je komunikovat tak, aby se lidi dozvěděli co, jak, proč, kdy, kdo a kde se zřetelem na určitou specifickou situaci. Podstatou je hovořit pomalu a jasně, vyslovovat zřetelně.
- **načasovanost a závažnost** – zprávy, které mají mít svůj správný dopad u příjemce, musí být správně načasovány
- **přizpůsobivost** – podané zprávy je třeba měnit podle toho, jak na ně příjemce reaguje (přizpůsobit je věku, vzdělání klienta atd.).
- **důvěryhodnost** – je nejdůležitějším kritériem účinné komunikace. Aby byly informace považovány za věrohodné, musí vycházet ze znalosti problematiky, z dostupných informací a musí být podány naprosto přesvědčivě.

**Faktory tlumící komunikaci** (dle Jobánkové, 2003, str. 136):

Myšleno při verbální komunikaci zdravotníka s klientem.

- osobní nejistota, strach se projevit
- snížená slovní výbava
- neschopnost vyjadřovat své pocity a myšlenky
- devalvující způsoby, urážky a manipulace
- aktivní negativismus, mlčení
- odbíhání od podstaty
- urážlivost
- mluvení za druhé dvojsmysly
- převedení řeči na jiného, dvojsmysly
- chytání za slovo

### 3.3.3 Neverbální komunikace

Neverbální komunikaci nazýváme někdy **řečí těla**. Často zprostředkuje pocity člověka lépe než slova, protože neverbální projevy si uvědomujeme méně než verbální. Pomocí neverbálních prvků vyjadřujeme mnohem snadněji než slovy své emoce, povzbuzení, nenáležitost, porozumění (*Zacharová, 2002, str. 111*).

Čím více jsou v komunikaci zahrnuty pocity a city, tím více narůstá význam komunikace neverbální.

Když spolu dva či více lidí hovoří, mnoho informací se dá přečíst z gest, držení těla, mimiky, vzájemných pohledů a jejich četnosti, ze vzdálenosti, kterou udržují mezi sebou a celé řady dalších mimoslovních projevů.

Porozumět řeči těla je pro sestru nezbytné. (*Jobánková, 2003, str. 139*)

#### **Složky neverbální komunikace:**

Jak již bylo výše řečeno, neverbální komunikace je řečí těla. Takže stačí, když člověk vejde do místnosti a aniž by něco řekl, tak už komunikuje a to pohybem těla, tím jak se tváří, jak blízko k druhé osobě přijde. Každý zdravotník by měl znát neverbální techniky v komunikaci s klienty. Jedná se hlavně o možnost vzniku různých nedorozumění, např. když v ústním projevu sděluje jednu věc a neverbální komunikací ji nevědomky třeba popírá.

**Složky neverbální komunikace** užitá Jobánkovou M. (2003, str. 139):

- pohledy
- mimika – výrazy obličeje
- gestika – pohyby těla a jeho částí
- posturologie – řeč postojů těla



- proxemika – vzdálenost v prostoru
- haptika – komunikace doteky

Na celkovém účinku komunikace se podílí více než 50% výraz tváře a pohyby těla, 40% zastupují vokální a hlasové charakteristiky řeči. Jen asi 7% výsledného efektu komunikace je dáno obsahem toho, co se říká (*Jobánková, 2003, str. 134*).

### 3.3.4 Komunikace s klientkou s diagnózou FM na porodním sále

Komunikace je velice důležitou a podstatnou součástí ošetrovatelské péče o všechny rodící ženy, obzvláště pak u rodiček, kterým miminko odumřelo ke konci těhotenství. Porodní asistentka musí umět komunikovat efektivně, empaticky, citlivě a hlavně tak, aby ošetrovatelské péči nic nebránilo. Měla by odhadnout potřeby klientky, a také zvládnout a dát si pozor na **hlavní aspekty verbální komunikace**. Jedná se o (*dle Jobánkové, 2003, str. 136*):

- způsob vyjadřování, jak se formulují myšlenky, jasnost vyjadřování
- schopnost slovně vyjádřit pocity a city
- způsob kladení otázek, dotazování
- jasnost komunikace (soulad verbálního a neverbálního)
- schopnost naslouchat
- schopnost empaticky reagovat
- míra aktivace při komunikování (pasivita, zapojení, účast emocí apod.)
- asertivita jako racionální způsob komunikace

Při práci s klientkou, která přišla o dítě, je nutné být velmi citlivý. S tím souvisí také to, co je takovém případě vhodné a co naopak nevhodné říci.

Základem je rychlé navázání kontaktu s pozůstalými a vytvoření takových podmínek a atmosféry k rozhovoru, které umožňují ventilaci emocí spjatých se smrtí miminka. Zásadní roli zde hraje emocionální podpora. **Bezvýsledné a bezúčelné je utěšování a dávání rad typu** (Špatenková, 2004, str. 73):

- „Máte pro koho žít...“
- „Máte celý život před sebou!“
- „Jste pořád mladá, můžete mít další děti.“
- „Nesmíte si to tak brát.“
- „Musíte být silná“
- „Život jde dál“
- „To bude dobré, uvidíte...“
- „Chce to čas...“
- „Vím, jak vám je.“
- „Kdybyste něco potřebovala, řekněte...“

Navázání kontaktu s rodičkou mohou také **komplikovat otázky** typu (Špatenková, 2008, str. 71):

- „Jak se cítíte?“ Jak se asi žena může cítit, když ztratila miminko?
- „Co ode mě očekáváte?“ Jaksi automaticky naskakuje odpověď: „Vlastně nic...“
- „Co pro vás mohu udělat?“ Ví vůbec klientka, co všechno jí můžeme nabídnout?

E. Kübler – Rossová ve své knize O dětech a smrti na toto téma píše: „Když rodiče prožili ztrátu dítěte, nebo když se dozvedí diagnózu vážného postižení nebo terminální nemoci, podobné myšlenky jako, že po každém dešti znovu zazáří slunce a že po každé zimě – i po té nejstudenější – vždycky nadejde jaro, jim příliš nepomohou a je navíc neskonale těžké jim uvěřit. I zdánlivě vlídná a povzbudivá prohlášení typu „Byla to Boží vůle“, „Pán Bůh si to tak přál“ nejenže jsou nevkusná, ale většinu čerstvě truchlících rodičů mohou dovádět téměř k zuřivosti.“

**Vhodné jsou naopak následující formulace (Špatenková, 2004, str. 73):**

- „Je mi to líto.“
- „Cítím s vámi.“
- „Jak to všechno zvládáte?“
- „Nevím, proč se to stalo...“
- „Jsem tu, abych naslouchala.“
- „Musí to být pro vás těžké. Co je pro vás nejtěžší?“
- „Co pro vás mohu udělat?“
- „Ne, není to spravedlivé.“

### **3.3.5 Chyby a omyly v komunikaci**

Při komunikaci pracovníka pomáhající profese s ženou, která v průběhu těhotenství přišla o dítě, se mohou pracovníci snadno dopustit nějaké chyby nebo omylu. Nejčastěji se jedná o (Špatenková, 2004, str. 74):

- **Vyhýbají se používání tzv. „silných“ slov** (místo „smrt“ říkají např. „to“, např. „Stalo se to včera.“).

- **Obávají se zmínit o zemřelém v komunikaci** (ženě více pomůže, když si vyvolá pěkné vzpomínky na miminko z těhotenství, než když se bude vyhýbat vzpomínkám na něj).
- **Snaží se zabránit pláči** (pláč je projevem emocí pozůstalého, pomoc ve formě poskytnutí bezpečného prostoru pro vyjádření takových emocí je na místě a pomáhá pozůstalému v truchlení).

### 3.4 Jak by mohli zdravotníci zacházet s vlastními pocity?

Pro porodní asistentku, která pečuje o ženu s diagnózou foetus mortus, je tato situace emočně, ale i psychicky náročná. Je pro ni samotnou důležité u ženy obstát po profesionální stránce, ale také se dokázat vyrovnat se svými vlastními pocity, které v ní situace vyvolává.

Hlavním nástrojem pracovníka pomáhající profese je jeho osobnost. Také pro porodní asistentku můžeme v podstatě sáhnout do jakéhokoliv výčtu osobnostních charakteristik ze seznamu vlastností obecně vhodných pro pracovníky v pomáhajících profesích. Zároveň by částečně měla splňovat znaky poradce pro pozůstalé. Měla by tedy být (Špatenková, 2008, str. 37):

- vřelá
- empatická
- sebejistá, ale nikoli povýšená
- akceptující
- citlivá vůči potřebám druhých
- přiměřeně neodsuzující
- upřímná a „skutečná“
- kreativní a spontánní

- flexibilní
- etická
- přiměřeně sebeodhalující
- schopná navodit a udržet důvěru
- respektující své osobní a profesní hranice
- vědomá si pozitivních efektů své osobnosti (svého chování, své osobnostní i fyzické atraktivity apod.)
- nedefenzivní, ale schopná efektivně použít konstruktivní kritiku
- neevangelizující (pokud nepracuje přímo v církevní organizaci, neměla by si klientka vůbec všimnout jakého vyznání porodní asistentka je a neměla by nabízet klientce svůj světonázor)
- mající ke klientům úctu a respekt
- mající smysl pro humor
- proživotně orientovaná

Práce na porodním sále je vypjatá a často velmi stresující. Komplikace se v porodnictví vyskytují velice náhle a mohou být hodně závažné. Porodní asistentka musí dokázat tyto situace vyhodnocovat a možné komplikace předvídat.

Pomocí péče o sebe sama, supervizí a prevencí syndromu vyhoření může porodní asistentka vzdorovat emoční zátěži v těchto málo častých situacích.

### **3.4.1 Supervize**

Supervize je čistá mezilidská interakce, jejímž obecným cílem je, aby se jedna osoba, supervizor, setkávala s druhou osobou, supervidovaným, ve snaze zlepšit schopnost

supervidovaného účinně pomáhat lidem. (*Hess v r. 1980 in Hawkins, Shohet, 2004, str. 59*)  
Cílem supervize je společné hledání možných cest řešení, rozvíjení sebereflexe, napomáhající pochopení neuvědomovaných pocitů, souvislostí a vztahů či přenosů, které se mohou odrážet v práci s klienty (*Špatenková, 2008, str. 39*)

Ve zdravotnických zařízeních supervize pro zaměstnance většinou není k dispozici.

### **3.4.2 Péče o sebe sama**

Je to důležitá činnost pro každého, především pak pro ty, součástí jejichž práce je péče o druhé. Péče o rodičky a neméně tak péče o rodičky s perinatálním úmrtím je náročná a vyčerpávající. Je nezbytné tuto spotřebovanou (resp. vydanou) energii získat zpět, zase ji nějak dobít – mezi dáváním a přijímáním musí být určitá rovnováha. (*Špatenková, 2008, str. 39*)

### **3.4.3 Syndrom vyhoření**

Syndrom vyhoření někdy také nazýváme syndromem vyhaslosti, vypálení, syndrom burn-out apod., je stav masivního vyčerpání, který je pociťován jako citová vyprahlost.

Vzniká dlouhodobým zabýváním se situacemi, které jsou emocionálně náročné. Tyto emocionální požadavky jsou nejčastěji způsobeny kombinací velkého očekávání (subjektivní příčiny) a chronickými stresy při práci s lidmi (objektivní příčiny). (*Jobánková, 2003, str. 198*)

*Hlavní faktory syndromu vyhoření:*

- Ztráta schopnosti se radovat, těšit ze života, ztráta vůle se angažovat, ztráta schopnosti empatie, pocitu zodpovědnosti.
- Negativní postoje vůči vlastní osobě, práci, pracovišti, společnosti, životu vůbec.

- Porucha spánku, nechutenství, zvýšená unavitelnost, dispozice k psychosomatickým poruchám i jiným nemocem.
- Emocionální problémy, agresivita, netrpělivost, nervozita, popudlivost.
- Únava, vyčerpání, ztráta zájmů, pití, drogy, těžká deprese a další psychické poruchy. (Staňková, 2002)

#### **Prevence syndromu vyhoření při péči o truchlící ženu:**

- **Nepropadat syndromu mesiáše.** Porodní asistentka si musí uvědomit, že není zodpovědná za všechny a za všechno, nemůže odstranit „všechnu bolest světa“.
- **Zorganizovat si dobře svou práci.**
- **Dělat si přestávky.** Zásoba energie není nevyčerpatelná.
- **Vyvarovat se negativního myšlení.** Není jednoduché si zachovat optimismus a pozitivní myšlení, když se na ni valí tolik smutku a beznaděje.
- **Být trpělivá a v kritických okamžicích zachovávat klid.**
- **Vyhledávat věcné výzvy.** Být otevřená novým zkušenostem – neustále se dále učit a vzdělávat, rozšiřovat si obzory v ošetrovatelství a také poradenských metodách a technik.
- **Hledat (a získat) podporu.** Vhodné je pohovoření si s kolegy, požádání je o radu a o pomoc.
- **Neodmítat pomoc, naopak ji vyhledávat.** Když je pomoc nabídnuta, tak ji neodmítat. V případě potřeby vyhledat odbornou pomoc – psycholog, psychoterapeut, linka důvěry.
- **Dodržovat životosprávu.** Zmírnit pracovní tempo, nepřepínat se. Dopřát si pravidelnou tělesnou aktivitu, vyváženou stravu, dostatek tekutin i kvalitní spánek. Minimalizovat spotřebu kofeinu, nikotinu, alkoholu a jiných drog.
- **Doplňovat energii.** Osvojit si strategie zvládnání stresu. Relaxace, odpočívání, věnování se tomu, co naplňuje a těm, s nimiž je dobře.
- **Pečovat o sebe.** Zajistit, aby pracovní prostředí bylo pohodlné a atraktivní. Dopřát svému tělu přiměřenou péči – jako pravidelné zdravotní prohlídky, masáže, kosmetika apod. Užívat si. Klidně holdovat něčemu, co dodává pocit luxusu. Vychutnávat vše, co má v životě nějakou hodnotu. Dělat věci, které připomínají, že život může být příjemný a naplňující. (dle Špatenkové, 2008, str. 39-41)

#### **3.4.4 Semináře pro zdravotnický personál**

E. Kübler-Rossová na otázku: Jak je možné vyškolit zdravotnické pracovníky v pomoci umírajícím pacientům a jejich rodinám? Odpovídá, že by v každé nemocnici měly být organizovány semináře nebo porady o problémech smrtelně nemocných pacientů, kde by si zaměstnanci navzájem pověděli o svých pocitech, frustracích a úzkostech a pokusili by se společně takovéto problémy překonat. (*Kübler-Ross, 1995, str. 108*)

Myslím si, že by takovéto podobné semináře tematicky zaměřené na problémy pozůstalých rodičů a pořádané jednou za čas, by mohly být užitečné i v porodnici, kde se zdravotnický personál porodního sálu setkává se smrtí v podobě perinatálního úmrtí. Zdravotníci by se na těchto seminářích mohli dozvědět, jak k těmto lidem přistupovat a jak s nimi jednat. A jak také chránit sebe před dopadem takovéto události na jejich osobnost.



## II. PRAKTICKÁ ČÁST

### 1. KVALITATIVNÍ VÝZKUM

Jelikož je téma mé diplomové práce velmi osobní a citlivé, kdy se ženy dostávají do velmi těžké a svízelné životní situace, tak jsem k získání informací od těchto žen vybrala kvalitativní výzkum, který je spíše zaměřen na informace, oproti kvantitativnímu výzkumu, který zpracovává především statistická data.

V této části diplomové práce nejdříve vyjasním z obecného hlediska kvalitativní výzkum a pak se budu podrobněji zabývat svým vlastním výzkumem.

#### 1.1 Definice kvalitativního výzkumu

Existuje mnoho definic kvalitativního výzkumu. Disman M. uvádí jako typickou definici tuto:

„Kvalitativní výzkum je nenumerické šetření a interpretace sociální reality. Cílem tu je odkrýt význam podkládaným sdělovaným informacím.“ (*Disman, 1993, str. 285*)

Strauss a Crobinová uvádí, že: „Termínem kvalitativní výzkum rozumíme jakýkoliv výzkum, jehož výsledků se nedosahuje pomocí statistických procedur nebo jiných způsobů kvantifikace.“ (*Strauss, Corbinová, 1999, str. 10*)

S tímto vymezením mnoho autorů nesouhlasí, protože podle nich jedinečnost kvalitativního výzkumu nespočívá pouze v absenci čísel. Významný metodolog Creswell (*1998, s. 12 in Hendl, 2005, str. 48*) 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.“ (*Hendl, 2005, str. 48*)

## 1.2 Technika kvalitativního výzkumu

Výběr tématu diplomové práce nebyl jednoduchý, ale nakonec rozhodl fakt, že téma mrtvého plodu není moc prozkoumané a také se o něm píše velmi málo. Při výběru mě ovlivnilo také mé profesní postavení porodní asistentky na porodním sále, která se s případy žen, kterým umřelo miminko v těhotenství, sama setkala a bojovala s vlastními pocity při možnosti péče o tyto ženy.

Rozhodla jsem se tedy tuto smutnou oblast prozkoumat a získat tak odpovědi na některé z mnoha otázek, které mnou probíhají. Současně by výstupy z výzkumu měly dopomoci ke zlepšení ošetrovatelské péče a k posílení sebedůvěry ošetřujícího personálu, který se těchto situací obává.

Situace pro mě nebyla jednoduchá, protože se ze mě, porodní asistentky, musel najednou stát výzkumník. Tato role byla pro mě nová a neznámá, a tak mi při celém koncipování výzkumu musela být nápomocnou kniha J. Hendla o Kvalitativním výzkumu.

Jelikož v diplomové práci popisuji postup péče o ženu, které byla stanovena diagnóza foetus mortuus, tak také celý výzkum byl o ženě, lépe řečeno o dvou ženách. První je tedy ta, které odumřelo miminko a druhá je porodní asistentka, která se o tu první stará při porodu.

Kvalitativní výzkum jsem rozdělila do dvou úrovní zkoumání. První úroveň se zabývala ženami, jejich zkušeností s porodem mrtvého plodu v nemocnici a s jejich zkušeností s přístupem zdravotnického personálu. A druhá úroveň výzkumu se zabývá zkušenostmi a pocity porodních asistentek, které zajišťují ošetrovatelskou péči a jsou psychickou podporou těmto ženám v průběhu porodu.

Z toho také vychází výzkumná otázka, kterou jsem si položila jako ústřední a další specifické otázky, které z ní vycházejí.

## Výzkumná otázka

*„Jak ovlivňuje přístup zdravotníků průběh porodu mrtvého plodu a jeho vnímání rodičkou.“*

### 1.3 Cílový soubor respondentů

S výběrem respondentů to nebylo vůbec jednoduché. Pro první úroveň výzkumu jsem potřebovala nejdříve získat kontakt na pár žen, s touto zkušeností a které by zároveň byly ochotny o této skutečnosti vypovědět.

Neznala jsem osobně žádnou ženu, která by si tento strastiplný zážitek musela prožít. Zeptala jsem se proto ve svém blízkém a širším okolí, s tím, že pravděpodobně asi neuspěju. Opak byl pravdou. Kamarádka, se zeptala kamarádky s touto smutnou zkušeností, zda by mi mohla dát na ni kontakt a pořídila s úspěchem. Další nová známá, před kterou jsem se zmínila o tématu své diplomky, se šla zeptat své známé, které se tato událost udála, ale tam jsem bohužel nepochodila, jelikož událost byla ještě velmi čerstvá. Nakonec mi ve výběru napomohly ještě dvě kolegyně z práce. Jedna z nich mi dala kontakt na ženu, se kterou se potkala, když doprovázela jinou rodičku u porodu. A druhá kolegyně mi dala kontakt na ženu, které byla přímo u porodu mrtvého miminka.

Podářilo se mi tedy získat kontakt na tři ženy ze čtyř. Všechny daly souhlas a byly předem informovány, že jim budu volat ke smluvení schůzky.

Druhá úroveň výzkumu je zaměřená na zdravotnický personál, konkrétně na porodní asistentky, které se o ženu s intrauterinním úmrtím starají v průběhu porodu. Jelikož sama pracuji na porodním sále, dokážu si přibližně představit, co asi porodní asistentce hlavou probíhá, ale lépe je tuto smutnou schránku otevřít a otevřeně si o ní promluvit. Toto téma se k diskusi otvírá jen velmi málo a o to hůř se také o něm hovoří.

Úkolem pro mě bylo vybrat z kolektivu porodních asistentek pár, které by byly přeci jen ochotné se na toto téma bavit. Podmínkou výběru byla také předchozí zkušenost s péčí o rodičku, které byla stanovena diagnóza foetus mortus. Po pečlivém zvážení jsem

nakonec oslovila sedm porodních asistentek, o kterých jsem byla přesvědčená, že by mi mohly vyjít vstříc a tuto zkušenost zažily. Všechny porodní asistentky, jsem každou zvlášť, požádala o pomoc při plnění výzkumu. Porodním asistentkám jsem nabídla čas na rozmyšlenou, ale nakonec jej ani jedna nevyužila a všech sedm se mnou bylo ochotno diskutovat na toto téma. Po získání souhlasu od všech porodních asistentek pro mě bylo důležité zvolit, co nejvhodnější termín schůzky k vykonání rozhovoru a to tak, aby byl vyhovující pro všechny zúčastněné najednou.

Při výběru osob k výzkumu jsem se držela doporučení, která popsal J. Hendl (Hendl, 2005, str. 151) takto:

### **Doporučení pro volbu výběru:**

2. Jestliže zvolíme určitou osobu pro rozhovor nebo pozorování, pak se musíme zeptat: Proč ji volíme? Jaké jsou implikace této volby pro další výběr jiné osoby? (místo osoby si lze představit místo, instituci atd.)
3. Jestliže vybíráme lidi, situace, procesy, pak je nutné dokázat tyto objekty zkoumání propojit s výzkumnou otázkou. První volba nemusí být správná a výzkumník musí být připraven ke změně a revizi.
4. Ptáme se, zda plán sběru dat zvyšuje zobecnitelnost našich výsledků tím, že mají konceptuální sílu nebo dobře prezentují uvažované jevy. Ptáme se, zda je výběr proveditelný s ohledem na čas, peníze, dosažitelnost.
5. Uvažujeme etické problémy (informovaný souhlas, užitek a rizika, vztah ke zkoumaným osobám).
6. Základní strategie spočívá ve volbě takových případů, které pokryjí požadované minimum, protože nikdy nezískáme tolik informací, kolik potřebujeme.
7. Při nedostatku příležitostí ke sběru dat uvažujeme provedení sekundárního výzkumu.

## **2. METODOLOGIE SBĚRU DAT**

Při výběru metody, kterou použiji pro zjištění informací nutných k výzkumu, jsem se jednoznačně rozhodla pro rozhovory. A to rozhovory pro obě úrovně výzkumu. Při rozhovorech se ženami, se jednalo o individuální rozhovory. Z možných typů rozhovorů jsem vybrala rozhovor polostrukturovaný s otevřenými otázkami.

Při komunikaci s porodními asistentkami jsem zvolila rozhovoru skupinového. Než jsem zvolila definitivní verzi skupinového interview u skupiny porodních asistentek, tak jsem váhala, zda nepoužít metodu focus group. Což je také metoda interaktivního skupinového rozhovoru na určité téma, ale kde se účastníci neznají. Tento fakt, že se porodní asistentky vzájemně znají, mě nakonec přesvědčil o nutnosti použít metody skupinového interview.

### **2.1 Rozhovory s ženami po porodu mrtvého plodu**

Měla jsem tři kontakty na ženy, které si prožily porod mrtvého miminka. Z těchto tří kontaktů byly dva telefonické a jeden e-mail. Ještě před tím, než jsem měla v plánu se těmto ženám ozvat a domluvit si schůzku, tak jsem se na rozhovory musela důkladně připravit.

#### **2.1.1 Příprava na rozhovory**

V přípravě na rozhovory bylo potřeba si uvědomit, co vlastně chci zjistit a jaký cíl jsem si dala. Jako metodu sběru dat jsem chtěla použít „polostrukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami.“ Zamyslela jsem se nad tím, co by mělo být obsahem těchto otázek a na co se chci určitě zeptat. Výsledkem mi bylo přibližně 24 otázek, které se týkaly průběhu porodu, ošetrovatelské péče o rodičku v průběhu porodu a hlavně přístupu porodních asistentek a ostatního zdravotnického personálu k ženě v období ztráty.

Jelikož nevlastním ani nemám možnost si půjčit diktafon, tak jsem jako přístroj k záznamu použila svůj mobilní telefon, kde funkce nahrávání je. Tuto funkci jsem doted'

nikdy nepoužila, takže bylo potřeba nahrávání nejdříve vyzkoušet a hlavně se telefon naučit při zaznamenávání rozhovorů ovládat.

Měla jsem obavy a strach, aby se nahrávání povedlo, protože představa, že bych si vše při rozhovoru musela zapisovat do poznámkového bloku, mě docela děsila.

### **2.1.2 Rozhovor č. 1**

Na tuto ženu (dále jen informantka) jsem dostala kontakt, telefonní číslo, od své kolegyně z práce, která jí byla u porodu. Tuto informantku jsem musela kontaktovat nadvakrát, jelikož poprvé, když jsem se jí dovolala, tak jsem jí zastihla v zahraničí, domluvily jsme se však, že se jí budu moci ozvat, až se vrátí. Na druhý pokus, jsem informantku zastihla už doma a to jsem se jí připomněla, proč volám a poprosila jsem jí, zda by byla tak hodná a byla ochotná se mnou provést rozhovor. Upřesnila jsem jí do telefonu, že se budu hlavně zajímat o průběh porodu a také mě bude zajímat přístup personálu v průběhu porodu.

Informantka s rozhovorem souhlasila a nakonec i sama navrhla místo setkání. Jelikož se jedná o hodně citlivé téma, tak jej nechtěla probírat nikde na veřejnosti, a tak mě pozvala k ní domů. Domluvily jsme se na schůzce pár dní po telefonátu.

Začátkem srpna jsem se vydala na místo setkání s informantkou. Aby mi informantka ulehčila práci s hledáním jejího bydliště, nabídla mi, že mě vyzvedne na tramvajové zastávce a pak mě dovede k ní domů. Jelikož jsme se do té doby nikdy neviděly, tak jsme se po telefonu domluvily na přesném místě setkání na tramvajové zastávce a případném zkontaktování telefonem, kdybychom se hledaly.

Překvapením pro mě bylo, že na nás u ní doma čekal také její manžel, který se nakonec celého rozhovoru účastnil. Nijak však do našeho rozhovoru nezasahoval a pravděpodobně v této situaci sehrál roli ochránce a podpůrce informantky.

Ještě před tím, než jsem zapnula telefon k nahrávání, zeptala jsem se informantky, zda by jí nahrání našeho rozhovoru nevadilo a vysvětlila jsem jí důvody nahrávání. Také

jsem jí znovu zopakovala smysl rozhovoru a jeho cíl a ujistila jsem ji, že mě může kdykoli přerušit, případně se zeptat znovu, kdyby otázce nerozuměla. Informantku jsem také ujistila o anonymitě, kterou jí zaručím při přepisu nahrávky do počítače.

Na rozhovor jsem si vyhradila tři čtvrtě hodiny a předpokládala jsem, že by toto časové rozpětí mělo stačit i v případě, že by se informantka rozhovořila více. Před tím, než jsem zapnula nahrávání, tak jsme obě byly velmi nervózní. Poté jsem však začala mluvit a nervozita se pomalu, ale jistě vytrácela. Ještě jednou jsem informantce poděkovala za účast a začala se ptát.

Informantka ze začátku mluvila pomalu a trochu opatrně, ale díky mým doplňujícím a povzbuzujícím otázkám se rozhovořila rozsáhleji. Když informantka něčemu z mých otázek nerozuměla, měla možnost se zeptat znovu a já ji otázku přiblížila jinými slovy znovu. Když jsme narazily na nějakou obzvláště citlivou oblast, tak měla tendenci ztišit hlas a já jsem se tomu přizpůsobila. V průběhu rozhovoru jsme nebyli ničím vyrušeni, občas, když si nebyla něčím přesně jistá, tak se otáčela na manžela, který ji doplnil.

Když mé otázky byly vyčerpány, zeptala jsem se informantky, zda by chtěla ještě něco doplnit k tématu, co jsme si neřekly a ona mi odvrátila, že rozhovor byl vyčerpávající a že dále není co dodat. Ještě jednou jsem jí tedy poděkovala za ochotu se s jejím příběhem podělit. Poté jsem vypnula nahrávání a zjistila jsem, že nahrávka trvá přibližně třicet minut.

### **2.1.3 Rozhovor č. 2**

Na tuto ženu, kamarádku kamarádky, jsem dostala pouze elektronický kontakt. Komunikace s ní tedy probíhala pouze po e-mailu. Věřím tomu, že by mi tato žena vyšla vstříc i v osobní schůzce, bohužel v tom nám bránila více než čtyři sta kilometrová vzdálenost mezi ní a mnou jakožto výzkumníkem.

Nejdříve jsem si sestavila průvodní dopis s prosbou o spolupráci na mém výzkumu a vyjádřením lítosti nad událostí, která se této ženě stala a teprve poté jsem se nebála tuto paní e-mailem oslovit. Součástí e-mailu bylo také ujištění o anonymitě a diskrétnosti dat

použitých následně po zpracování ve výzkumu. Na možnost, že se jí ozvu, byla připravena od kamarádky několik měsíců dopředu, kdy se jí kamarádka zeptala, zda mi vůbec může její e-mail poskytnout. Naštěstí mi obratem odpověděla na e-mail se souhlasem, že jí můžu napsat, co mě zajímá.

V následujícím e-mailu jsem jí tedy poslala přílohu s otázkami týkající se porodu a péče zdravotnického personálu. Otázky byly formulovány tak, aby měly otevřený konec. Na začátku bylo pár otázek uzavřených čekající jednoslovnou odpověď, týkající se spíše obecných okolností.

Na odpovědi jsem nemusela dlouho čekat, od odeslání e-mailu s otázkami po získání odpovědí uběhly asi tři dny. Odpovědi byly jasné, stručné a výstižné. Některé odpovědi byly jednoslovné, i když by se daly určitě rozvést, ale jiné byly naopak rozsáhlé. Věřím tomu, že při osobním setkání bych pravděpodobně získala odpovědi podrobnější, ale i za to, co jsem získala touto formou, jsem ráda.

### **2.1.4 Rozhovor č. 3**

Na tuto informantku jsem získala kontakt od své kolegyně z práce. Tato porodní asistentka se s touto ženou setkala poprvé, když se starala o ženu, které byla stanovena diagnóza mrtvého plodu a informantka tuto ženu u porodu doprovázela, jako dula<sup>3</sup>. Tedy osoba, která doprovází ženu při porodu a je jí v tomto procesu oporou. Do porodu však nijak nezasahuje.

Následně asi tři čtvrtě roku po této události jsem se bavila s touto kolegyní o tématu své diplomové práce a ona si vzpomněla na tuto ženu. Štěstí mi přálo, takže při další možné příležitosti, kdy se s touto ženou setkala, tentokrát u fyziologického porodu jiné paní, se jí zeptala, zda bych jí mohla kontaktovat a získala pro mě tento cenný kontakt.

---

<sup>3</sup> **Dula:** je starořecký název, jenž se dnes používá pro speciálně vyškolenou ženu, která poskytuje především psychickou (ale i fyzickou) oporu rodičce. Dulu nelze zaměňovat s porodní asistentkou, nemá totiž potřebné zdravotní vzdělání popř. vyškolení. Dula ženě poskytuje emocionální podporu a potřebné informace během těhotenství, porodu a šestinedělí. Těžištěm její práce je nepřetržitá psychická i fyzická podpora ženy během porodu. Klade si za cíl přispívat k dobré tělesné a duševní pohodě matek a novorozenců. Dula neposkytuje zdravotnické služby. Nesupluje ani nedubluje práci porodních asistentek ani lékařů, nezasahuje do jejich kompetencí, ale spolupracuje s nimi, stejně jako s otcem a dalšími členy rodiny. Chová v sobě dostatek lásky, aby mohla mateřským způsobem pečovat o nově zrozenou matku. (zdroj: <http://duly.cz> přístupné dne 8. 10. 2009)



Když jsem informantce telefonovala, tak jsem ji zastihla zrovna u porodu, ale další den již mohla se mnou komunikovat. Poslechla si mou představu o rozhovoru a souhlasila se schůzkou. Domluvily jsme se, že mě informantka vyzvedne na konkrétním místě a pak mě dovede k ní domů, kde bude probíhat rozhovor.

24. srpna jsem se vydala na místo setkání. Dorazila jsem tam přibližně o deset minut dříve a měla jsem tak možnost se na místě rozkoukat a vyzorovat, kdo z přicházejících bude pravděpodobně má informantka. Naštěstí můj odhad byl výborný, takže jsem informantku poznala hned napoprvé.

Zavedla mě k sobě domů, kde jsme měly soukromí a ideální podmínky na rozhovor. Ze začátku jsme si povídaly trochu neformálně, ale po malé chvíli, kdy roztály ledy nervozity, tak jsem se informantky zeptala, zda bych si náš rozhovor mohla natočit, vysvětlila jsem jí důvody tohoto počínání a také jsem zopakovala smysl našeho setkání. Informantka chápala nutnost natáčení rozhovoru a neměla s tím nejmenší problém. Dokonce se ujišťovala, zda se mi naše povídání opravdu nahrává.

Tato informantka byla velmi upovídaná, takže neměla problém mi svůj příběh povyprávět. Pravděpodobně se za ta léta srovnala se smrtí svého miminka, což mi také v rozhovoru potvrdila, a tak byla schopná odpovídat na mé otázky. Tok řeči byl plynulý. Informantka mluvila souvisle, bez nějakých větších pomlk, nebo prostojů. Krom jednoho malého vyrušení ze strany informantčina syna, nás nikdo nepřerušoval a také nás nerušily žádné podněty z okolí.

V průběhu rozhovoru jsem se dozvěděla velmi cenné informace, které bude možné použít po zpracování i v dnešní praxi. Informantka mi poskytla informace ze své vlastní zkušenosti, kdy jí v těhotenství opustilo její miminko, ale také vypověděla zkušenosti, kdy byla přítomna u porodu jiné ženy s tímto problémem, tentokrát v pozici duly.

### **2.1.5 Techniky zpracování dat**

Záznamy získaných rozhovorů bylo potřeba nějakým způsobem zpracovat, aby bylo možné získat kvalitativní data k analýze a tím k získání závěrů z výzkumu.

Naštěstí je kapacita paměti mého mobilního telefonu, který sloužil k záznamu, natolik dostatečná, že se na něj vešly nahrávky všech tří jednotlivých rozhovorů, ale také skupinový rozhovor. Nebylo tedy potřeba nahrávku po nahrávce ukládat do počítače. Měla jsem trošku obavy z toho, aby můj počítač byl schopný přečíst formát nahrávek, ale naštěstí se v něm rozhovory daly bez problémů přehrát.

Aby bylo možné rozhovory zpracovat, bylo nutné je mít v textové podobě. Do tohoto formátu jsem rozhovor předělala pomocí transkripce.

### **2.1.5.1 Transkripce**

Transkripce se nazývá proces převodu mluveného projevu z interview nebo ze skupinové diskuse do písemné podoby. Jedná se o časově velmi náročnou proceduru. Pro podrobné vyhodnocení je však transkripce podmínkou. Je možné pak zdůrazňovat důležitá místa podtrháváním, opatřovat určitá místa komentářem na kraji stránky nebo vytvářet seznamy a srovnávat jednotlivá místa textu. (Hendl J., 2008, Kvalitativní výzkum, str. 208)

Jelikož nevládním a nemám možnost půjčit si program na transkripci mluveného slova do textové podoby, tak jsem všechny rozhovory přepisovala ručně. Využila jsem doslovné transkripce, takže jsem se snažila přepsat mluvený projev tak, abych zachytila hovorovou mluvu a jiné jazykové prvky užití respondenty.

Přepsat všechny rozhovory bylo časově velice náročné. Naštěstí jsem mohla využít své dovednosti, která spočívá ve psaní všemi deseti prsty na klávesnici. Myslím si, že tato dovednost mi alespoň minimálně usnadnila transkripci a zkrátila časové období strávené nad přepisem rozhovorů.

Nahrávky natočené v domácnostech informantek byly kvalitní, bez rušivých vnějších elementů. Hlasy informantek i můj byly srozumitelné. Mluvené slovo je uvolněné a přiměřené náladám a pocitům informantek.

Musím se přiznat k tomu, že přepisovat naši hovorovou řeč, bylo pro mě hodně těžké. Dalo mi dost práce, abych rozhovor přepsala opravdu doslovně a neupravovala ho do spisovné češtiny, se kterou mám písemný projev spojený.

## 2.2 Analýza kvalitativních dat z rozhovorů

V analýze rozhovorů jsem se zaměřila na rozbor navázaného vztahu mezi ženami a zdravotníky, dále na komunikaci a podávané informace v průběhu porodu, také mě zajímalo, zda se zdravotníci dokážou v takovéto situaci zachovat profesionální chování.

Myslím si, že všechny rozhovory byly velmi cenné nejen pro mě samotnou, ale věřím, že byly přínosné i pro samotné informantky, které si některé věci uvědomily třeba až zpětně.

V tabulce, kterou uvádím níže, jsem zaznamenala všechna důležitá fakta potřebná k porovnání údajů mezi vypovídajícími informantkami. Jedná se hlavně o základní demografické údaje jako je věk, pohlaví, počet těhotenství, doba od porodu a další.

Tabulka č. 2: Informace porovnávací informantky

Fakta	Informantka č. 1	Informantka č. 2	Informantka č. 3
Věk	31 let	33 let	42 let (v době zjištění dg. 20 let)
Kolikáté těhotenství	III. těhotenství	I. těhotenství	II. větší těhotenství (I. těhotenství – spont. abort)
Týden těhotenství	34. t.t.	39. t.t.	34. - 35. t.t.
Důvod přijetí, příznaky	Absence pohybů plodu	Absence pohybů plodu 1 den	Nebolestivé stahy dělohy, absence pohybů
Doba od stanovení diagnózy až po porod	1,5 dne	20 h	2 dny
Způsob porodu	Vyvolaný (indukovaný) porod	Vyvolaný (indukovaný) porod	Vyvolaný (indukovaný) porod

Fakta	Informantka č. 1	Informantka č. 2	Informantka č. 3
<b>Analgezie za porodu</b>	Epidurální analgezie	Epidurální analgezie + dolsin	Opiátová analgetika
<b>Rozloučení s miminkem</b>	Ano, pochování ihned po porodu	Ne, nechtěla jej vidět	Ne, chtěla jej vidět, ale nedovolili jí to
<b>Příčina úmrtí miminka</b>	Pitvou nezjištěna (ale pupečník byl přítomen kolem krčku plodu)	Strangulace pupečníku v délce 12 cm (zjistila výsledky náhodou, až v době, kdy již byla znovu těhotná)	Příčina neznámá. Plod byl již macerován, doba od úmrtí snad 1 týden.

Pro lepší názornost jsem si rozhovory vytiskla. Při pročitání vytištěných rozhovorů jsem si začínala všímat určitých pojmů. Zaměřila jsem se hlavně na pojmy, které jsem si spojovala s výzkumnou otázkou.

Následně mě napadaly možné kategorie k rozboru. Důležité úseky v rozhovoru jsem si zvýraznila barevnými fixy a tyto označené texty jsem seskupovala do skupin a porovnávala, zda se možná kategorie nachází i v dalších rozhovorech.

Níže tedy uvádím vytvořené kategorie. Na důkazech z rozhovorů, citací konkrétních vět, nebo částí vět, vytvářím pojmy, které by dle mého názoru mohly spadat pod určené kategorie.

#### Kategorie č. 1 – **Přístup zdravotníků:**

Pojmy:

- *Spokojenost:*

Informantka č. 1 – „no ale tak to prostě bylo jako celkově no... jako kromě vás porodních asistentek na porodním sále, ten přístup byl, jako hezkej na to si nemůžu vůbec stěžovat, ale... Já jsem tam teda rodila 2 krát. Což je

nesrovnatelně teď lepší. Teď to byl velký rozdíl, hlavně i ten přístup porodních asistentek“

Informantka č. 2 – „Byli skvělí. Opravdu skvělí, musím říci, profesionálové... Sestry i doktoři byli úžasní!“

Informantka č. 3 – „A tam mi pan doktor na příjmu, kterému jsem důvěřovala, vyšetřil, byl na mě teda moc hodnej, a tam mi řekl, bohužel miminko nežije, koukněte ta hlavička je zborcená, to se prostě stává, je to smůla, ten důvod se většinou nezjistí, většinou že se pupečník překrutí. Ale byl moc, moc milej.“

- *Nespokojenost:*

Informantka č. 1 – „ale jako lékařstvo ale vůbec takhle všichni kolem to je pořád stejný... takový neosobní a teda v tudle situaci konkrétní si myslím by to mělo fungovat. Já vím, že se to stává málokdy a asi nemají nějaký asi daný pracovní postup... nebo nějaký lepší individuálnější přístup k tomu by to chtělo“

Informantka č. 3 – „Potom na mě nastoupila porodní asistentka, která nebyla vůbec příjemná, dokonce jsem dostala vynadáno, jaktože jsem nepřijela hned, když jsem to věděla a už a zlobila se, vyloženě že jsem ten viník... K té porodnici, nikdo tam vědomě nebyl zlej, kromě téhle paní, u které to bylo asi osobní. Tak, ale nebyli na to prostě připraveni.“

- *Profesionalita:*

Informantka č. 1 – „Pak mě přišlo, že se paní doktorka řídila tím, co říká PA, to mi připadalo, že tam měli nějaké konziliární jako, že vlastně ona říkala, že jestli dáme tu druhou tabletku, když se ten porod rozebíhá, na to porodní asistentka říkala, že ať jí dá, že tím spíš to bude... Někteří pacienti můžou být hysteričtí a opravdu to někdo prožívá, že má teda o sebe strach a

když zavětrí nějakou takovou věc jako neprofesionální, tak může začít dělat víc problémy a o to může být ta komunikace horší“

Informantka č. 2 – „Byli skvělí. Opravdu skvělí, musím říci, profesionálové.“

## Kategorie č. 2 – **Vedení porodu:**

Pojmy:

### - *Nepřipravenost na normální porod*

Informantka č. 1 – „...ale to jsem ještě netušila, že proběhne normální porod. Já se domnívala, v tu chvíli, když mi to bylo sděleno, že třeba proběhne císařskej řez, nebo tak něco. Pro mě šokující informace, že proběhne normální porod, byla opravdu zásadní. Tak to mě docela jako fakt dost zdrblo.“

Informantka č. 2 – „Připravili mě na normální porod, přemluvili mě k němu.“

Informantka č. 3 – „A já jsem tam takhle čekala, že mě budou vyvolávat asi porod, ale to jsem ještě nevěděla, to mi řekli, že mi podají antibiotika kvůli otravě, to trvalo třeba 24 hodin a až ten další den by udělali tu indukci, ale o tom nemluvili jako o indukci, jen řekli, vyvoláme porod. To jsem se i ptala toho pana doktora, jestli by mi udělali císařský řez, že se toho bojím a on mi řekl, že se to nedělá, že jsem zdravá“

### - *Partner u porodu*

Informantka č. 1 – „Manžel si to utrpení prožil se mnou od začátku. ... hmm, akorát teda odbíhal zařizovat věci. Musel obstarat děti. ... a za druhé, manžel nechtěl být u toho samotného porodu, což jsem respektovala, nikdy jsem ani tehdy ani potom jsem mu to nevytýkala.“

Informantka č. 2 – „U všeho mohl být manžel, po porodu mě odvezli i s manželem na gynekologickou lůžkovou část, ať nejsem na šestinedělí.“

Informantka č. 3 – „A nebyl to hezkej pocit, z toho, ten pocit že jsem tam sama, že tam se mnou nikdo není... ..a ta žena, kterou jsem doprovázela u porodu mrtvýho miminka, tam měla svýho partnera, přítele, a tam jsem trochu vnímala ten rozpor velikej... ..Ale teď jsem to viděla jako analogii u nich, že ten manžel, to ještě tehdy nebyli manželé, jakoby se k ní má a nemá, že jsou vzdálení si, jsou vzdálení lidsky a že tohle by mohla být příležitost, a i je, a i byla, určitě jo, že se sobě přiblížili.“

- *Analgezie*

Informantka č. 1 – „Na tom příjmu přišel nějaký lékař, si nepamatuju to jméno, nevím, prostě starší lékař a vysvětlil mě, říkal, že jsem teda v těžké situaci a docela mě uklidnil a že dostanu veškerou dostupnou analgezií. ... Takže já nevím, když už probíhaly ty kontrakce tak po těch 2 minutách, tak mi napíchlí teda ten epidurál. ... Takže jo byl, asi jen na hodinu a půl. Ale pak už došlo k samotnému... ..jinak já oba porody bez jakékoli analgezie, že jo. Toho já se nikdy nebála. Ale tohle je fakt jiná situace.“

Informantka č. 2 – „dostala jsem epidurál i ten na d... nemůžu si vzpomenout na název.“

Informantka č. 3 – „Ale to vnímáte jako nějaký film. A jestli mi k tomu dali nějaký oblbváký. A asi mi postupně připichávaly další a další chemický látky. A já jsem v jednu chvíli, že jsem zjistila, že nevládnou pusou a že nemůžu mluvit...“

...U té paní, kterou jsem doprovázela... ..A my jsme stále potom v tý sprše, protože se čekalo na kontrakce, ale dneska už je jiná doba, tak si dovolila přijmout epidurál, takže to nemusela vyloženě protrpět ty kontrakce, než se otevřela, tak jako já.“

### Kategorie č. 3 – **Tíha situace**

Pojmy:

- *Šok z porodu*

Informantka č. 1 - „To je tak nepopsatelný, když máte to dítě v sobě a teď ho musíte porodit, protože vám nic jiného nezbyvá, nikdo vám žádnou jinou alternativu nenabídne, tak chcete aspoň jako tu bolest trochu jako, nemít z toho takovou hrůzu, že jo. Vůbec nevíte a probudit se a mít po všem... .. když jsem po nějakém čase byla schopná o tom mluvit třeba s přítelkyní, tak ta na mě koukala jako na blázna, tak to já bych nepřežila, jako vůbec. A to ti to ani nikdo nenabídnul? Že se to tak vůbec děje.“

Informantka č. 2 – „Ze všeho nejhorší pro mě byl samotný šok a celá situace. To byl děs.“

Informantka č. 3 – „A teď se ve mně a to budu mluvit jen a jen za sebe, a teď se odehrávalo ve mně několik takovejch věcí. Jednak že mě to mrzelo, že se mi to stalo, proč zrovna mně a pak pud sebezáchovy, že to musí okamžitě ze mě ven... .. A teď jsem vyšla ven a tam stál ten můj manžel, ještě mladšas, a tak jsem mu to řekla, že to miminko nežije a že nevím, co se stalo a že je konec, že jo. A že pravděpodobně tam musím dneska už zůstat, že si pudu někam lehnout...“

- *Emoce*

Informantka č. 1 – „...všichni říkali, ať se ničeho neděsím, že je to možný, že to není slyšet ty ozvy. A tak jsme takhle jako putovali, já už teda takhle vyděšená. ...Tak jak pro mě, tak i pro ně teda šok je teda, zážitek zrovna asi né moc dobrej, že jo. ... A i to okolí, že jo, vy tam sedíte, a to se neovládáte v těch emocích. ...ale to tam člověk nevnímá, to až s odstupem.“

Informantka č. 3 – „A nebyl to hezkej pocit, z toho, ten pocit že jsem tam sama, že tam se mnou nikdo není a že asi umřu. Protože to je strašně blízko tomu. A asi to dělají ty látky, ty opiáty, že jsem nemohla ovládnout... ta



kombinace, že jsem nemohla ovládnout ten jazyk, ten pocit, že nemůžu mluvit, že se s nima nemůžu vůbec domluvit. ...Je to všechno právě bezmoc. Za tím je ten pocit velké bezmoci, že tam není žádný mediátor, který by vám to překládal, abyste pořád měla pocit, že tomu stále vládnete, že tomu rozumíte a že ty úkony všechny i uděláte.

... A ta paní, co jsem jí doprovázela, byla natolik fajn, že si to dovolila, že se vést nechala, že jsme těma kontrakcema prošly, že se nestyděla za ty slzy. To byl taky rozdíl, já jsem vůbec neplakala tam, až doma a ona plakala už od začátku. A to se mi zdálo moc dobře, že si tam dovolila ty slzy, že jí nikdo furt neříkal, že to bude dobrý, ale já jsem jí říkala: jen plakejte, to je dobře. Je to dobře...“

- *Čekání*

Informantka č. 1 – „Tak jsme takhle putovali a já už teda samozřejmě vyděšená, že jo, a jsme strávili asi 3 hodiny různě na cestách, než jsme se něčeho dopátrali, než mě to bylo řečeno. ...tam jsme ještě asi seděli hodinu venku a pak teda už mě vzali dovnitř na ten příjem.“

Informantka č. 2 – „jsem jela raději do Fakultní nemocnice, tam ozvy nenašli, pak ultrazvuk a pak mi to hned řekli. Na nic se nečekalo. Připravili mě na normální porod...“

Kategorie č. 4 – **Soukromí**

Pojmy:

- *Pocit bezpečí*

Informantka č. 1 – „Ale ta psychika, že jo. To je jako, když utěšujete dítě. Kdyby mi někdo opravdu jako důrazně vysvětlil, nebo jako jasně, jako že bude ten epidurál. I kdyby byl až po dvanácti hodinách. Ale prostě dáme vám ho. Takhle jsem byla udržována v nejistotě a strachu vlastně, no. To bych byla klidnější, protože to byla pro mě taková dost panika, tohle, že jsem nevěděla, co mě čeká.“

Informantka č. 2 – „...nechali mi manžela u mě... ... U všeho mohl být manžel, po porodu mě odvezli i s manželem na gynekologickou lůžkovou část ať nejsem na šestinedělí...“

Informantka č. 3 - protože já jsem měla velký pocit ohrožení a měla jsem strach, že umřu. Ale to bylo dané těma lékama a tou dlouhou dobou, fakt jsem měla fyzickej strach, že to nezvládnou, a že umřu. A i jsme dokonce měla ten pocit, že to najednou vidím ten můdl, ten tunel a to světlo, jako že jsem to tam na chvilku měla a takovej ten pocit jako že tam nemám ještě co dělat. A pak zase zpátky. To je jenom krátký, to ani není v čase, že to trvalo třeba čtvrt vteřiny nebo hodinu, já nevím. Ale ten dojem, tu obavu o sebe, jsem tam měla vysokou v jednu chvíli...“

- *Samota*

Informantka č. 1 – „No ale jak asi vedle probíhal současně nějaký ten porod, tak já jsem asi třikrát zvonila, protože najednou z toho nic, z toho bezbolesti nic, prudká bolest, tak jsem to cítila na té hrázi. Takže jak to znám z těch předchozích porodů. A nikdo nešel. Takže dvakrát zvonek, třetí zvonek. Tak já už tam teda, protože jsem tam nechtěla něco tvořit sama...“

Informantka č. 3 – „tak nevím, jestli to byl ten pocit, že mám strach, anebo ta kombinace tý paniky strachu a té chemické látky, co mi píchli, vyvolala to, co vyvolala a já jsem pak šla na tu sesternu a tam mě měly ty sestřičky na očích. Ony si mě tam položily. Já jsem vnímala, všechny ty vyšetření, co tam byly, ale byla jsem za plentou. Ale to vnímáte jako nějaký film. ... a už jsem nepoznávala ty tváře a už jen vnímám, že se střídaly ty sestry. Jako že

to bylo po těch dvanácti hodinách, jak se asi pracovalo. A že už je tam ta hodná a teď ta zlá, se kterou bych tam něco nerada... takže jsem tam musela být hodně dlouho na té sesterně.“

## Kategorie č. 5 – **Komunikace**

Pojmy:

### - *Jasnost informací*

Informantka č. 1 – „Pak mě přišlo, že se paní doktorka řídila tím, co říká porodní asistentka, to mi připadalo, že tam měli nějaké konziliární řízení jako, že vlastně ona říkala, že jestli dáme tu druhou tabletku, když se ten porod rozebíhá, nato porodní asistentka říkala, že ať ji dá, že tím spíš to bude... jako kdyby něco, tak co? Co ta paní doktorka udělá?“

Informantka č. 2 – „Cítili, co potřebuji a to také dělali“

Informantka č. 3 – „A asi to dělají ty látky, ty opiáty, že jsem nemohla ovládnout... ta kombinace, že jsem nemohla ovládnout ten jazyk, ten pocit, že nemůžu mluvit, že se s nimi nemůžu vůbec domluvit. ... já jsem chtěla něco říct a ta pusa to nedostala ven.“

### - *Dostatečnost*

Informantka č. 1 – „...takže jsem dostávala takový kusý informace zvláštní, rozporuplný...“

Informantka č. 2 – „Komunikace ke mně byla dostatečná. Velmi citlivá.“

Informantka č. 3 – „... je to teda rok, co jsem tu paní doprovázela... jsem se snažila jí nabídnout to, co jsem sama neměla a to bylo to: mluvit s ní, vysvětlovat jí, co se v ní teďko děje, ať se na sebe vůbec nezlobí, ať dokáže třeba nemožný, tu věc odložit, já nevím, proč se to stalo, co se stalo, ano

přijímám, že jsem se těšila, chápu, co budou tomu říkat lidi, ale ať to prostě odloží, že teď rodím, nezajímá mě, co na to sousedi, jak to vysvětlím své mámě, jak se na mě bude dívat tady pan doktor až za chvíli přijde, ale teď mám prostě kontrakci a jenom ji vést...“

- *Vhodnost informací*

Informantka č. 1 - „Kdyby někdo takhle promluvil, ta analgezie možná, pomůžeme vám, abyste tolik netrpěla. Ty věci, který s tím souvisej, rizika, je lepší pro vás tady to. Což mě nikdo neřekl, že jo.“

Informantka č. 3 – „Potom na mě nastoupila porodní asistentka, která nebyla vůbec příjemná, dokonce jsem dostala vynadáno, jak to, že jsem nepřijela hned, když jsem to věděla a už a zlobila se, vyloženě že jsem ten viník. Ale já jsem si to nechala líbit, nechala jsem to do sebe vpustit. Protože jsem tomu snad i věřila, že tomu tak je.“

## Kategorie č. 6 – **Podpora v průběhu porodu**

Pojmy:

- *Empatie*

Informantka č. 1 – „porodní asistentky ten přístup byl, jako hezkej na to si nemůžu vůbec stěžovat, ale jako lékařstvo, ale vůbec takhle všichni kolem to je pořád stejný, takový neosobní a teda v tudle situaci konkrétní si myslím by to mělo fungovat.“

Informantka č. 2 – „...byla cítit podpora ze strany lékařů i sester...  
...pomohl mi citlivý přístup.“

Informantka č. 3 – „Ona to věděla, protože když se mě ptala, jaký mám zkušenosti, tak jsem jí to pověděla, že tuhle zkušenost mám za sebou... A proto si asi dovolila si mě zavolat, jestli bych tam mohla s ní bejt. Řekla, že

by byla moc ráda, jestli bych mohla přijet a pak rovnou tu větu, která teda byla taková hodně dojemná, protože u toho plakala, že měla strach, že nepřijedu, že tam bude muset být s tím sama. ...Určitě vím, že ten můj doprovod byl nejvíce cenej pro tuhle paní. Nebo že vůbec by se měly doprovázet ženy, kterým to miminko nežije. Aby tam v tom nebyly samy.“

- *Psycholog*

Informantka č. 1 – „...si myslím, že by tam teda nějaký ten psycholog fungovat moh, no. Který by přišel třeba s těmi lejsky a nějakým způsobem by nám pomohl s tím rozhodnutím, že jo. No my jsme se rozhodli, myslím si, jak jsme se rozhodli, myslím, že srdcem a dobře, ale mohli jsme být v nějakém větším afektu a hysterii a emocích a mohli jsme to udělat jinak a mohli jsme toho pak třeba litovat. Jako fakt je na místě nějaký psycholog.“

Informantka č. 2 – „V průběhu hospitalizace za mnou psycholog nebyl, ale byl mi nabídnut. Nevyužila jsem možnosti.“

Informantka č. 3 – „No stoprocentně bych uvítala, kdyby tam v průběhu přišel psycholog. V průběhu, kdyby mě tam někdo držel za ruku, kdyby tam byl někdo seděl a ani by mi nevadilo, kdyby se tam střídali, ale kdyby to byl dycky někdo empatickej, kdo by mi, stačilo by mi, kdyby řekl: „Vím co se děje a vcit'uju se to do toho a chápu to a budu tady s váma.“, úplně by mi to stačilo, protože já jsem měla velký pocit ohrožení a měla jsem strach, že umřu. Ale to bylo dané těma lékama a tou dlouhou dobou, fakt jsem měla fyzickej strach, že to nezvládnou, a že umřu.“

## Kategorie č. 7 – **Miminko**

Pojmy:

- *Rozloučení*

Informantka č. 1 – „manžel nechtěl být u toho porodu, což jsem respektovala, nikdy jsem ani tehdy ani potom jsem mu to nevytýkala. Nicméně neměl vůbec možnost se rozhodovat. Skrze porodní asistentku jsem měla možnost si to dítě nakonec po porodu deset minut pochovat a nějak se s tím rozloučit. Což manžel vůbec netušil dopředu, teda ani já. O to jsme teda přišli si to prožít spolu. ... takže kdyby mi nebe neseslalo tu porodní asistentku, co tam byla se mnou, tak jsem se mohla ocitnout v situaci, kdy mi to ani nikdo nenabídnul, tak by mě to ani nenapadlo, což jsem a priori ze začátku i odmítala.“

Informantka č. 2 – „Radili mi na miminko se nedívat. Jsem ráda za rozhodnutí, které jsem udělala. Nedívala jsem se. I když zvědavost je, tak bych ho asi měla pořád před očima.“

Informantka č. 3 – „to vím, že jsem se koukala na toho pana doktora, to byl ten samý pan doktor, který mě přijímal. A zeptala jsem se ho, jestli se můžu rozloučit s tím miminkem, jestli ho můžu vidět. A to mi řekl jednoznačně, že ne, to vůbec. To se tady nedělá. Prostě ne. To ani nechtějte vidět. Vyloženě, No vůbec, no vůbec. Tak já jsem řekla, tak dobře. To vůbec, tam to bylo tak jasný. A v tý svý bezmoci... Já jsem byla ráda, že mě vůbec slyšel.“

... A potom nastala ta chvíle, kdy byla otevřená a dovolili jí na čtyřech a porodní asistentka jí krásně nechala porodit to miminko na čtyřech, že jí nikam nevázáli, na nic jí neskákali a prostě se narodil chlapeček a tam byla ta výjimečná situace, kdy se mohla s miminkem rozloučit, a jen řekli, že dokud nebude krvácet z placenty nějak výrazně, tak že se chvíličku rozloučit může. A dokonce ten nadstandard, že ta porodní asistentka zařídila, že jsem tam s nimi mohla zůstat a ona tam nebude.“

- *Trauma*

Informantka č. 1 – „a zrovna to rozhodnutí, které já jsem taky těžce dělala. Vůbec k tomu jako. Třeba mě to mrzí, že tohle si prostě nesu jen já, je to jen můj zážitek, teda jen por. as a já, jako když to takhle řeknu, že ne teda úplně sama. Ale jako rodiče jsme tohle neměli možnost si to rozhodnout. A to jsou důležité věci.“

Informantka č. 2 – „Samotný šok a celá situace. To byl děs.“

Informantka č. 3 – „Tak tohle mi řekli, a to ticho, že jo. To je hrozná atmosféra. Prostě ticho jak v hrobě. Teď oni taky a je to pochopitelný, teď to vidím jinýma očima, už jako dula a už jako zkušenějším člověk. No taky to nedělali rádi, taky to pro ně byla velmi zdrcující chvíle, smutná, každý člověk má svou povahu, má svoje vlastnosti, není schopen v tuhle chvíli reagovat nějak profesionálně, takže to chtěli mít taky, co nejdříve za sebou. A tím i to, že porodnice nemá tyhle statistiky taky ráda, takže jsem byla trošku taky problémová. Takže tam stáli v tichosti nějací lidi, kteří pak „to“ vzali a někam „to“ dali.“

- *Vyrovnání se*

Informantka č. 1 – „Mě to teda krátkodobě pak hodně bolelo, to bylo fakt těžký tohle překousnout. Prostě dnes a denně jsem to viděla před sebou a dodneška se mi z toho derou slzy do očí. Ale zase dlouhodobě, nebo když to není takhle vypjatý, když si na to jen tak vzpomenu, tak jsem tomu fakt ráda.“

Informantka č. 2 – „Setkávání přes web mi nepomohlo, protože lidé byli plačtiví a dlouho setrvali v pozici „Oběti“. Necítila jsem to stejně. Chtěla jsem bojovat a cítit se lépe... Na druhou stranu jsem byla ráda, když jsem něco našla o stejných případech a psalo se o tom... byla jsem ráda, že to časopisy uvádějí, a je to součást života. Necítila jsem se jako nějaký vyvrhel.“

Informantka č. 3 – „Vlastně co, to miminko se narodilo koncem pánevním. Takže já jsem, to si pamatuju dodneška. A já ten pocit mám pořád v sobě, jak se mi opírají ty teplý nožičky, takhle o ten zadek, jak se rodila, tak si pamatuju ty nohy jeho, teda její, protože to byla holčička. A to jsem se zeptala na pohlaví. Jaké je to pohlaví a jestli mi to můžou říct. Tak řekli, že ano. ...Já to mám tak s tou svojí holčičkou, že my jsme se spolu rozloučily, teda tam ne, ale já jsem se s ní za ty roky už rozloučila, dokonce jsem jí za to poděkovala, prostě já to mám hotový.“

- *Pohřeb*

Informantka č. 1 – „A vůbec to, že jsme ho teda pohřbili a já můžu jít na hřbitov, a nad tím si porozjímat, teďkom už třeba jen s vlhkým vokem, a je to v klidu, než když by se to celý odehrálo a nebylo by nikde o tom vůbec nic hmatatelnýho, to je fakt děsivá představa pro mě. A to jsem pak četla o tom, že to ty ženy trápí.“

Informantka č. 2 – „Dostala jsem přesné informace o tom, co bude s miminkem. Muselo mít normální pohřeb, což jsem musela zařizovat, a tak jsem tuto starost přenechala mamince. Až po druhém porodu jsem šla na hřbitov na vše svaté zapálit svíčičku a rozloučit se s miminkem navždy. Teď už ji zapaluji jen doma.“

Informantka č. 3 – „Tak to je moje zkušenost. S tím, že mi předem ještě řekli, že si musím vymyslet jméno. Protože to miminko bude starší a že budu muset udělat úmrtní list. No tak to jsem byla z toho překvapena. Bylo mi dvacet. „jak úmrtní list?“ protože má nad kilo a má nad ten nějaký termín. Po porodu mě hned uspali.“

Kategorie č. 8 - **Následná péče**

Pojmy:



- *Pomoc*

Informantka č. 1 – „...taky jsem chtěla ještě dodat k té následné péči, že mi nikdo ani lékař ani nikdo jiný, než jsem odešla domů, že bych mohla navštívit psychologa. Nebo aspoň nějaké webové stránky. Nebo aspoň jednoho nebo dva kontakty, na psychologa, které by mi doporučili

Informantka č. 2 – „Psycholog za mnou nebyl, ale byl mi nabídnut. Nevyužila jsem možnosti... Setkávání přes web mi nepomohlo, protože lidé byli plačtiví a dlouho setrvali v pozici oběti. Necítila jsem to stejně. Chtěla jsem bojovat a cítit se lépe...“

Informantka č. 3 – „...A to je stav, kterej přetrvává, s tím se ráno probouzíte a večer s tím jdete spát. A trvá to nějakou dobu. A můžete si hlavou říkat, hele už je to za tebou nedá se to změnit, nikdo to neudělal schválně, prostě se to stává. Hlava pořád něco vysvětluje, ale ten stav, ten pocit se prostě nedá změnit. Moje nevýhoda byla, že jsem ani nikoho nevyhledávala, že jsem asi chtěla, že to asi zvládnou, ale on ani v té době nikdo nebyl, ani internet nebyl. Protože já jsem si o tu pomoc neřekla. Moje máma nevěděla, jak se mnou mluvit. Tak mi pořád říkala, že to bude dobrý. Všichni mi říkali, že to bude dobrý. Ale taky, co mi měli říct. Je to nesdělitelný, tím si člověk musí nějak projít a vyřešit to, a i trochu sám, ale aby byl na to připravený.“

- *Sociální dávky*

Informantka č. 1 – „no to hned na tom začátku s těma dotazníkama nás informovali o těch sociálních dávkách, co se týkalo otázek na pohřeb a to jméno. Ale trošku lidi tápali, všude, i pak na matrice na Praze 2, a že mi vystavili rodný list, teda ne rodné číslo. A i nám to dali psaný i na papíře. Takže i slovem i písmem.“

Informantka č. 2 – „...přímo v nemocnici jsem dostala informace, zvýšená mateřská i právo na porodné. Sociálka pak obstarala zbytek.“

## Kategorie č. 9 – Doporučení

Pojmy:

- *Komunikace zdravotníků k ženám*

Informantka č. 1 – „...no hlavně ta komunikace. ...kdyby někdo to těm ženám vysvětlil, proč je lepší teda ten vaginální porod. Je to pro vás riziko, a pak ta jízva, že jo, což je pak taky stigma, takový taky všechno připomínající, mě nikdy nenapadlo. Kdyby někdo takhle promluvil, že ta analgezie je možná, pomůžeme vám, abyste tolik netrpěla. Ty věci, který s tím souvisěj, rizika, je lepší pro vás tady to.“

Informantka č. 2 – „...motivovat k rychlému porodu a nechat manžela u rodičky...“

Informantka č. 3 – „...V průběhu, kdyby mě tam někdo držel za ruku, kdyby tam byl někdo seděl a ani by mi nevadilo, kdyby se tam střídali, ale kdyby to byl dycky někdo empatickejš, kdo by mi, stačilo by mi, kdyby řekl: vím co se děje a vcítuju se to do toho a chápu to a budu tady s váma, úplně by mi to stačilo, protože já jsem měla velký pocit ohrožení a měla jsem strach, fakt jsem měla fyzické strach, že to nezvládnu, a že umřu.“

- *Podpora rodičky*

Informantka č. 1 – „kdyby mi nebeseslalo tu porodní asistentku, tak jsem se mohla ocitnout v situaci, kdy mi ani nikdo nenabídnul vidět to své miminko po porodu, tak by mě to ani nenapadlo, což jsem a priori ze začátku i odmítala. A jestli máte ty příběhy nebo kazuistiky načtený, tak je to fakt problém. A vůbec to, že jsme ho teda pohřbili a já můžu jít na hřbitov, a nad tím si porozjímat, teďkom už třeba jen s vlhkým vokem, a je to v klidu, než když by se to celý odehrálo a nebylo by nikde o tom vůbec

nic hmatatelného, to je fakt děsivá představa pro mě. A to jsem pak četla o tom, že to ty ženy trápí.“

Informantka č. 2 – „...doporučuji jen také zavést řeč a úvahy o tom, kam poslat lidi takto postihnuté. Mně pomohli nejvíce ze všeho léčitelé, kartářky a esoterici. Prakticky se shodli, aniž by se znali na tom, proč a jak a co se stalo. Díky nim jsem otěhotněla po této katastrofě do půl roku. Také je blbost, když mi v nemocnici doporučili rok počkat. Můj gynekolog naopak radil zkoušet to ještě v šestinedělce. A měl pravdu. Nejlepší náplast na toto je nový život. Díky bohu za to!“

Informantka č. 3 – „...mě by tenkrát pomohl, aby mi popsal tu metodu, abych to přijala, protože aby mi někdo lhal, to opravdu nemá smysl. ...asi by mi nejvíc tenkrát pomohlo a myslím, že to pomáhá maminkám i dneska: nezůstat se svojí myslí, která dokáže vymyslet nesmysly, začneme se obviňovat, máme strach, začneme do toho zapojovat všechny možné nesmysly a ubíráme si energii na tu přítomnost, abychom to mohli pořešit. Nevracet se prostě pořád k tomu. Ale ona to dělá, že jo. Ale nesmíme jí to zakázat. Ale říct: jestli vám můžu něco nabídnout, nevracejte se teďko k tomu, pojďme teď prodýchat ty kontrakce...“

### **2.3 Skupinové interview s porodními asistentkami**

Jak jsem již výše uvedla součástí mého výzkumu, byl také rozhovor s porodními asistentkami, které mají zkušenost s vedením porodu u rodičky s mrtvým plodem. Po dlouhém zvažování jsem se nakonec rozhodla pro metodu skupinového interview, které nahradilo metodu focus group, ve které je podmínkou, aby se zúčastnění neznali.

Při organizování tohoto rozhovoru jsem se řídila tabulkou, kterou pro představu použiji níže, uvedenou v knize J. Hendla, která navrhuje schéma skupinového rozhovoru. (Hendl, 2005, str. 183)

J. Hendl představuje **skupinové interview** jako: „organizovanější typ skupinové diskuse a zároveň často používaný kvalitativní rozhovor s větším počtem jedinců. Interview se provádí najednou ve skupině šesti až osmi lidí s cílem probrat určité téma a trvá asi hodinu a půl.

Účastníci interview tvoří obvykle poměrně homogenní skupinu. Mají reflektovat otázku, kterou jim položí tazatel. Slyší odpovědi ostatních, reagují na ně a doplňují své odpovědi. Není nutné, aby se ve skupině dosáhlo souhlasu, ale ani to, aby se dospělo k rozporům.“ (Hendl, 2005, str. 183)

Mnou vybraných sedm porodních asistentek se vzájemně znalo, jelikož pracují na jednom pracovišti. Můj výběr také ovlivnila jejich vlastní zkušenost s porodem mrtvého plodu. Osobnosti jednotlivých porodních asistentek jsou téměř vyrovnané. Každá z nich má vytvořený určitý názor na toto téma a jsou natolik komunikativní, takže si jej dokážou obhájit. Myslím si, že jsem vybrala a oslovila porodní asistentky tak, aby se mohly stát rovnocennými partnery v diskusi.

Tabulka č. 3: Schéma návrhu skupinového interview

<b>Fáze</b>	<b>Akce</b>
<b>Příprava</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Telefonické potvrzení účasti (24 hodin před začátkem).</li> <li>2. Zajištění občerstvení, záznamového zařízení, jmenovek.</li> <li>3. Kontrola záznamového zařízení.</li> </ol>
<b>Organizace</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Příchod 30 minut před začátkem.</li> <li>2. Uspořádání místnosti, kopie s informovaným souhlasem a dalšího materiálu.</li> </ol>
<b>Uvítání</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Osobní představení moderátora každému z příchozích.</li> <li>2. Lehká konverzace, zvláště pokud se lidé neznají.</li> <li>3. 15-20 minut pro seznámení s prostředím, občerstvení.</li> </ol>

	4. Rozdání jmenovek, případně pseudonymů.
<b>Začátek</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Moderátor uvede problém, svou roli, upozorní na záznamové zařízení.</li> <li>2. Rozdá informovaný souhlas.</li> <li>3. Asistent si zapíše zasedací pořádek. Zapne záznamník.</li> </ol>
<b>Základní pravidla</b>	<p>Moderátor popíše základní pravidla:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Chceme, aby vždy mluvil jenom jeden z vás.</li> <li>2. Nejde o špatné nebo dobré odpovědi. Všechno je zajímavé</li> <li>3. Je vhodné i nesouhlasit, každý má nějaké mínění.</li> </ol>
<b>Základní témata</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Moderátor začíná s otázkou pro uvolnění, následuje přechodová otázka, klíčové otázky a shrnující otázky.</li> <li>2. Asistent si poznamenává, kdo mluví.</li> <li>3. Moderátor sleduje dodržení návodu.</li> </ol>
<b>Osobní data</b>	1. Moderátor rozdává dotazníky pro osobní data s příslušným slovním komentářem.
<b>Závěr</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Moderátor shrne hlavní body diskuse s otázkou, zda chce ještě někdo něco dodat.</li> <li>2. Moderátor děkuje za účast a rozdává případné dárky.</li> </ol>

V tomto případě se ze mě musel kromě výzkumníka stát ještě i moderátor, který dokáže zvládnout rozvášněnou diskusi. Aby bylo možné skupinové interview vůbec provést, musela jsem si najít vhodné místo, kde se vše bude konat. Jako nejpříhodnější mi připadalo vybrat nějaké neutrální místo, kde bude klid a kde bude možné eliminovat možné zásahy zvenčí a jiné rušivé elementy.

Pro tento účel jsem využila soukromé místnosti, která disponovala stolem a možností posezení kolem něj. Vzhledem k časovému vytížení porodních asistentek bylo nejtěžší vybrat termín konání interview tak, aby mohly dorazit všechny domluvené respondentky. Nakonec byl pro všechny nejvhodnějším dnem 11. srpna 2009.

Předběžně jsem měla na toto datum slíbeno, že dorazí všech sedm oslovených porodních asistentek. Když už se blížilo domluvené datum schůzky, tak se mi bohužel z osobních důvodů omluvily dvě respondentky. V den konání interview dorazily nakonec čtyři ze sedmi respondentek, kdy se ještě ten den dodatečně omluvila jedna porodní asistentka, že nepřijde.

V rámci uvolnění atmosféry a rozptýlení rozpaků jsem připravila malé pohoštění pro dotazované, předem jsem obhlédla místnost setkání a zajistila jsem funkčnost nahrávacího přístroje. Po neformální úvodní konverzaci a občerstvení zúčastněných jsem porodním asistentkám připomněla důvod našeho setkání. Nechala jsem je usadit ke kulatému stolu a vysvětlila jim potřebu nahrávání celé naší konverzace. Asistentky byly ze začátku trochu v rozpacích z nutnosti záznamu, ale po pár větách se napětí rozplynulo.

Písemného informovaného souhlasu, který je výše v tabulce uveden, jsem nepoužila. Získala jsem však od každé respondentky ústní souhlas s provedením výzkumu. Také jsem je ubezpečila, že veškeré informace, které získám z rozhovoru, uvedu pouze pro studijní účely a ujistila jsem je, že vše proběhne anonymně. Také citace jejich výpovědí povedu pod určitým označením, aby nedošlo k možnosti poznání identity jednotlivých zúčastněných.

Na začátku konverzace jsem respondentkám také řekla, jak by mělo interview probíhat. Jednalo se hlavně o to, aby si respondentky neskákaly do řeči, aby vždy mluvila jen jedna z nich a to proto, že každá dostane příležitost se vyjádřit. Cílem bylo získat názory od všech porodních asistentek a také zavést diskuzi na toto téma. Do výzkumu byly zahrnuty všechny odpovědi a nebyly nijak selektovány na dobré či špatné. Výpovědi všech respondentek byly velmi cenné a doufám, že i užitečné pro další vývoj tohoto tématu.

## 2.4 Analýza kvalitativních dat ze skupinového interview

Skupinového rozhovoru se zúčastnily čtyři porodní asistentky. Všechny tyto respondentky jsou podobného věku, můžeme říci, že se nacházejí v kategorii mezi 25. - 30. rokem života. Dvě jsou vdané a dvě svobodné. A všechny zatím bezdětné.

Co se týče profesionálního života, tak první respondentka má 6let praxe, druhá má 7let praxe, třetí respondentka 4 roky praxe a čtvrtá má 3letou praxi. Za celou dobu profesní kariéry se všechny respondentky několikrát potýkaly s péčí o rodičku s mrtvým plodem.

Porodní asistentky v rozboru rozhovorů a uváděním citací z diskuse dále označuji písmeny A, B, C, D. Pro přehlednost vše uvádím ještě v tabulce č. 4.

Tabulka č. 4: Porodní asistentky - přehled

Porodní asistentka	Věk	Stav	Délka praxe
Respondentka A	28 let	Vdaná	6 let
Respondentka B	28 let	Vdaná	7 let
Respondentka C	27 let	Svobodná	4 roky
Respondentka D	25 let	Svobodná	3 roky

Při analýze skupinového interview s porodními asistentkami jsem použila podobnou metodu jako u rozboru rozhovorů s ženami po zkušenosti s porodem mrtvého plodu. Pro lepší názornost jsem si přepsanou zvukovou nahrávku do textové podoby vytiskla a znovu použila barevné fixy na vyznačení důležitých informací.

Vytvořila jsem opětně kategorie, do nichž zařazuji pojmy, které dokazují na ukázkách z interview. Tyto citace uvádím ve tvaru diskuze, tak jak probíhala mezi respondentkami, které jsou pro názornost označeny písmeny A, B, C a D.

## Kategorie č. 1 – **Obavy**

Pojmy:

### - *Oslovení*

D: „...pro mě je nejstrašnější jít vůbec za těma lidma a nějak je oslovit...“

C: „...no to je nejstrašnější. Z toho všeho. Ne, nejdřív je nejstrašnější ta diagnóza.“

A: „já se bojím toho, jak se k ní chovat, k tý paní“

C: „já taky“

B: „já se bojím, že jim řeknu Tatínku, Maminko.“

### - *Dokumentace*

B: „...při představě, že budu muset nabírat asi sto padesát krví a neumím je spočítat... a ta dokumentace“

D: „no ty odběry a ta dokumentace, to je strašné, teď aby člověk fakt na nic nezapomněl, dyť je toho tolik...“

C: „ta dokumentace. Ne, ne, ne pro mě je nejhorší jako jít za ní s tím dotazníkem vo tom pohřbu prostě, jestli bude chtít pojmenovat to dítě, nebo ne...“

A: „no to je nejstrašnější“

### - *Přístup*

C: „Ne, já se bojím těch citů, já se bojím toho, že ona tam pláče prostě a že jí nemůžeš pomoci. Pak se bojím dát jim ten dotazník, jestli budou chtít pohřeb a jestli ho budou chtít vidět...“



D: „Já se bojím taky těch citů a toho, že nevím, jak tu paní oslovit a co jí mám vlastně říkat...“

A: „Já se bojím toho, jak se k ní chovat k tý paní.“

B: „Já taky.“

## Kategorie č. 2 – **Rozloučení s miminkem**

Pojmy:

### - *Nabídnutí*

C: „...jo, já jim nabízím tu možnost to dítě po porodu vidět“

A: „Jo to jo, to určitě.“

D: „To dycky.“

B: „Já nevím, jestli jsem to někdy udělala.“

C: „Já jsem to udělala.“

B: „Čekám, až co oni říkaj. Já si to teď fakt neuvědomuju.“

C: „Já to vím. Já jsem asi měla čtyři FM. Já jsem tam měla věřící lidi, a ten pán ho chtěl vidět a ta paní ho úplně posílala a říkala mu: jdi, jdi, jdi a dej mu sbohem za nás za oba.“

### - *Přemlouvání*

C: „Ne to já je nikdy nepřemlouvám, aby ho chtěli vidět.“

A: „Ne, to nee. to nikdy.“

B: „To já bych jim asi řekla to, že někteří lidi se smířej líp, když ho uviděj, nebo to líp pochopěj. Asi bych zmínila jen tuto větu, ale necpala bych jim to.“

D: „Jo, to se mi zdá dobrý. Zmínit se o tom, že tu ta možnost je ještě před porodem, ale do ničeho je netlačit. A dát jim čas na rozmyšlenou...“

- *Nehezký pohled*

A: „No ale, když máš to FM třídní, nebo 4dní, tak si pak vem, jak pak asi to dítě vypadá. To já jim pak i řeknu, že už třeba nevypadá zrovna nejlíp, protože to je jako už dlouho.“

C: „No právě. To ale oni se ptaj, jak vypadaj, že jo.“

B: „To já jim říkám, že ty miminka prostě spěj.“

C: „To mě se dycky ptaj, a jak bude vypadat a bude nějaký už...“

B: „Ne, to já jim to neříkám. No mě tohle někdo říct, tak zapnu představivost... chci, aby mi někdo řekl, že prostě miminko je, prostě spí a tečka. Nechci, aby mi to někdo popisoval. A není to hezký pohled.“

D: „Nee, to jim ani nemůžeš říct, že to není hezkej pohled.“

- *Jak bude vypadat?*

A: „Ale si vem, když ho chtěj vidět a to dítě už je macerovaný, tak zase víš, jak to miminko už vypadá.“

B: „Já bych řekla, uchovejte si ho, tak jak jste si ho představovali.“

C: „Totle já jim neříkám. Dyt' ty paní to vědí, to jim doktor řekne, jak to tam už je dlouho mrtvý. To oni jako vědí.“

B: „Ale to si nepředstavíš. Mě by to nenapadlo. Když jim řekne někdo, že je týden mrtvý, že se to rovná rozložený.“

A: „To víš, že to nepopisuješ. Ale jako, něco jí řekneš, nebo ho viděj, tak by se asi lekli, dyť může být oloupaný, to si podle mě nepředstavíš.“

C: „Ne, to si laik vůbec nepředstaví. To neví todle.“

D: „No to je dilema jako. No možná se nejdříve podívat po porodu, jak vypadá a pak se rozhodnout. Když tak ho pořádně zabalit do peřiny, ať z něj jde vidět, co nejméně.“

### Kategorie č. 3 – **Pocity**

Pojmy:

- *Trauma*

C: „Já myslím, že nás to traumatizuje, že jo, ta péče o takovouhle pacientku.“

D: „No to určitě, je to těžké.“

B: „Podle mě je to dobrá zkušenost setkat se s péčí o takovouhle paní.“

A: „Já prostě nevím jak se k takový paní vůbec chovat. Já to prostě přiznám, že to fakt nevím.“

- *Konfrontace se smrtí*

B: „to taky konfrontace se smrtí... uvažování o tom.“

D: „nebo porod a smrt zároveň...“

B: „No todle mě nenapadlo, tadle kombinace.“

A: „To mě taky ne, no.“

C: „No mě možná asi jo.“

- *Zážitky*

C: „Já jsem měla sekundiparu, která měla to FM, a nějak to tam šlo strašně rychle a jí to strašně tlačilo. A já jsem jí musela vyšetřit. A já jsem se strašně bála tu paní vyšetřit, protože jsem to věděla, že to FM tam bylo třeba tři, čtyři dny.

B: „Je to nepříjemný šahat na to dítě.“

C: „A já jsem se hrozně bála, aby mi ta ruka. Prostě jsem si představovala, že ta hlava bude už tak měkká, že mi ta ruka prostě projede skrz. Tak jsem úpěnlivě zvonila, aby někdo přišel.“

B: „Hmm. To já taky nemám vůbec dobrý pocit se toho plodu dotýkat.“

D: „A pak za tou paní chodit, že jo. To tam vůbec nechceš chodit.“

- *Chování*

A: „Já prostě nevím jak se k takový paní vůbec chovat. A on hlavně každé člověk potřebuje podle mě něco jinýho, jako když se někdo trápí, tak každý potřebuje opravdu něco jinýho. Někdo potřebuje kontakt s někým jiným a někdo naopak ne.“

B: „Někdo mluvit, někdo nemluvit.“

C: „i ty seš jiná, že jo.“

B: „A todle nás hlavně nikdo neučí, že jo.“

D: „A i navázat vůbec kontakt s tou paní a získat si její důvěru. Je strašně těžký vycítit, co ten druhý zrovna potřebuje.“

- *Výčitky a otřesení*

C: „To já jsem měla paní, která přišla a říkala, že jí je dobře za celou dobu těhotenství, ale že necítí pohyby, ale že si to uvědomila až dneska po obědě. Tak já jsem jí natočila monitor, ale bylo to strašně divný. A doktor přišel a řekl jí že, no tam není vůbec žádná akce, to miminko je mrtvý prostě a proč jste nepřijela dřív. A takhle jí to řekl naplno. A ta paní tam tak strašně brečela.“

A: „Ježišmarjá, to je strašný! No a co by tím ta paní vyřešila, kdyby přišla dřív, když necítila pohyby?!“

D: „Neosobní chování doktora, no strašný.“

B: „Už takhle si to ty ženský vyčítaj, co udělaly špatně...“

C: „A ještě, když jí to řekne někdo jako odborník.“

B: „já jsem tam měla paní, která... Já nevím, kdy se to stalo, jestli to bylo ten den, kdy mi přišly ty dvě FMka po sobě, když jsem měla tehdy ten příjem. To bylo mega hrozný. Přišla další a já se bála poslechnout ozvy, jako. Takhle přišly dvě po hodině, jo? No a u té paní tam najednou byly ty fáze toho šoku úplně jako z učebnice: „A proč se to stalo, proč, proč. Proč zrovna já.“ A pak. „Já se ti omlouvám. Já nevím, co jsem měla udělat. A...“ brečela, Strašně brečela. No hrozný. A pak tam za ní chodily i ty její starší děti.“

- *Emoce*

C: „Jedinej, kdo nebrečel, byla ta věřící paní, ta akorát z toho byla strašně otřesená, ale taky říkala, proč, proč.“

B: „ale ony nebrečej všechny hned.“

C: „Ne, ne, nebrečej, ale tahle paní nebrečela vůbec.“

A: „Ale podle mě jim to ani kolikrát nedojde hned. Podle mě jim to dojde kolikrát, až přijdou domů. Jako, že ještě v té nemocnici jim to nedojde. Až přijde domů. No to musí být strašný.“

D: „No to musí být snad ještě horší než ten samotný porod. Jak to tam na ně v tom bytě padá, připravený dětský pokoj a kočárek. No hrůza. To si fakt člověk nedovede představit, co ty lidi prožívají.“

#### Kategorie č. 4 – **Okolí**

Pojmy:

- *Přístup lékařů*

C: „Ne, to vůbec, ne. Teda tenhle konkrétní lékař jako vůbec empatickej nebyl.“

B: „A já myslím, že jo. Mě připadá, že tohle je takové specifikum, že empatii moc používat neumí, ale u FMka to jo. Mně se nezdá, že by to někdy někdo udělal.“

A: „No a tohle si ta paní bude dycky pamatovat, že jo, když jí ten doktor, řekne: „a proč jste nepřišla dřív?“ Mě připadá, že poslední dobou je to dobrý. Podle mě na to neumí reagovat nikdo, takže je každej opatrněj, že jo.“

D: „Mně taky připadá, že se to mnohonásobně zlepšilo. Ale stále vídám lidi, kterým to prostě nedochází, že se mají chovat trochu ohleduplně. Nevím, čím to je. Párkrát se mi stalo, že jsem jim musela připomenout, co je lepší si říct mimo tu paní a co před ní. A to mě mrzí.“

- *Empatie*

A: „Ale určitě jí řekneš, že to není její chyba.“

C: „Prostě tohle jí říct. Že by stejně nemohla nic udělat. A ještě jim říkám, že se mnohdy vůbec nezjistí, proč to miminko zemřelo. To taky, že tam vůbec nic není.“

B: „Že bohužel je jednou z toho procenta, které se to bohužel prostě stalo. Že na tohle je medicína slabá.“

D: „Jo souhlasím, říct něco na tento způsob. Hlavně, že za to v žádném případě nemůže, že i když dělala to, co dělala, tak že nic nebylo špatně.“

- *Připravenost*

D: „Že by mě studium připravilo na tyhle situace? No to nemůžu říct. Si jen matně vzpomínám, že nám vůbec o něčem takovém řekli. Ale nijak víc jsme to nerozebírali.“

B: „Ne, to ne.“

C: „No tam ti akorát řeknou jen co to je FMko, to je celý. A když ti vykládá psychologii jistá učitelka, tak ta co ti o tom řekne, že?!“

A: „No to vůbec, ne.“

## Kategorie č. 5 – **Vedení porodu**

Pojmy:

- *Epidurální analgezie*

C: „Nejdřív se dá epidurál a pak se fraxiparín řeší podle anesteziologa.“

D: „Já bych se snažila, aby ta paní dostala v každém případě epidurál.“

B: „Jo, to já taky.“

A: „Ale přeci se dá dát epidurální katétr, aniž by se dala nějaká dávka, když by někdo trval na tom fraxiparínu.“

B: „Podle mě uvažujou všichni tak, aby ta paní dostala epidurál. Podle mě ti tam to FMko může udělat takový bordel v tom těle, takže se jí dává ten fraxík preventivně, tak jako u manuálky.“

- *Císařský řez*

B: „No řekla bych jí, že to nejsou výhody mít císařský řez.“

C: „Já vím, že se jí říkalo, že přeci nebude mít jizvu na děloze, aniž by měla dítě. A říct jí to, že je hendikepovaná tou jizvou.“

D: „Ty ženy ani neví, co je čeká a myslí si, že se to dá nějak rychle udělat.“

A: „Ale podle mě ty paní strašně špatně chápou proč má jako trpět, když už trpí tím, že už má to miminko mrtvé.“

B: „Všechny mé kamarádky laikové, s kterými jsem se o tom bavila, nechápou: „Cože??? Jako rodit? Mrtvý dítě? A proč tě neuspěj a je to?“ a hrozně těžko se to těm laikům vysvětluje. „Ale mě je to jedno, že tam bude ta jizva, já nechci.“

- *Délka porodu*

A: „ale třeba u nějaké terciary mi to přijde logický, že ty paní o tom takhle uvažují a chtějí řez. No nevím, no?! Třeba když má doma už jedno, dvě děti, tak proč by měla trpět 3 dny???“

B: „Já to chápu. Já bych to ale chtěla taky.“

A: „No já taky. Já bych nechtěla trpět a trápit se a vědět, že rodím mrtvé dítě. No to musí být strašný. Já ty maminky prostě chápu, proč tak uvažují.“

C: „Já si pamatuju jen na jednu jedinou paní, na kterou se dělal řez, ale to bylo nějaký malý, ale tam to začalo krvácet. Ale jinak si vůbec nevybavuju, že by se dělal někomu další.“

A: „Kdybych jako věděla, že to za ten jeden den člověk zvládne. Ale trpět tři dny? To je strašný.“



D: „No nevím, co bych udělala, kdyby byla ta možnost volby. Ale pokud bych věděla, že ty cesty jsou připravené a mohlo by se podařit porodit brzo, tak bych asi chtěla porodit spont a mít tu možnost se s tím miminkem rozloučit. Ale těžko říct.“

B: „Mě přijde nejstrašnější, ten pocit, že máš v sobě mrtvý miminko. Moje miminko a je mrtvý.“

A: „A teprve až ho porodí, tak se jim teprve uleví.“

## Kategorie č. 6 – Doporučení na zlepšení

Pojmy:

- *Komunikace*

D: „Jako bylo by vhodné najít nějaký kurz nebo něco, kde by nám řekli, jak s takovýma lidma jednat, jaká jsou úskalí takového rozhovoru a na co si dát pozor.“

C: „Jo to určitě. Já bych třeba dala jako 10 kroků, nebo 5 kroků jak s nima máme mluvit, víš co.“

B: „Tím bychom to měli mnohem usnadněný a věřím tomu, že bychom dokázali pak s nimi mluvit. A byl by to jenom benefit, že jo.“

C: „Jako návod v bodech, jak s nima komunikovat.“

B: „...já nevím, jako jestli by se jí mělo říct, když jdeš za tou paní a říct: dobrý den, já jdu za vámi, já jsem porodní asistentka ta a ta, upřímnou soustrast a je mi to líto. Jako jak jí to říct, kdy jí to říct, jestli jí to máš říct. A ne třeba, já vám jdu odebrat krev a: je mi to teda líto, co se stalo.“

C: „No mě by to taky zajímalo, jako jestli jim můžeš říct upřímnou soustrast, a kdy jim to vůbec říct.“

D: „Jako jestli před porodem, nebo po porodu...“

- *Návod*

D: „Vyloženě jako 5 bodů, jako co je vhodné, co není vhodné.“

C: „Úplně nejjednodušší, jako když máš stres, tak tam nemůžeš řešit nějaké sáhodlouhé litanie. Ale fakt jen asi těch 5 bodů, co se jí má říct. Něco se jí má vždycky asi říct. Já nevím, co by se jim mohlo říkat.“

B: „A hlavně ani nevíme, všechny moc těch informací, jak to vůbec probíhá. Kdo jim pošle urnu a tak.“

A: „Ale taky třeba i trošku vědět, co se děje s tím tělíčkem děje potom, že jo. V případě pitvy tohle, v případě tohohle tohle a tak... abych ty paní něco mohla říct, že jo.“

D: „Aspoň, že máme ten papír, kde mají napsáno, kdy a proč musí kontaktovat tu pohřební službu.“

- *Seminář*

C: „No já si zkrátka myslím, že by se na semináři měla udělat přednáška.“

B: „Kde by bylo těch deset bodů.“

C: „Ale jako erudovaná přednáška.“

D: „Že tadlensta zkušenost existuje a takhle by to mělo být.“

B: „A aby to bylo se zapojením těch posluchačů, že jo, protože si spoustu věcí uvědomíš, až když se do nějaké takové situace dostanou.“

A: „No to mi připadá dobrý, to by mohlo pomoci.“

C: „Já bych si myslela, že by nám pomohl nějaký kurz právě tý komunikace, že jo. Nebo i nějaká psychologie té ženy.“

## Kategorie č. 7 – Následná péče

Pojmy:

- *Letáčky*

C: „No a pak by se měly udělat letáčky s nějakýma kontaktama na nějaký sdružení a na nějakou následnou psychologickou péči.“

B: „Ale i to, kdy se mají dostavit na gynekologii, že jo, oni ti něco odkejvou, sice dostanou gynekologickou zprávu, ale to neví ani nedělky, které mají doma miminko a mají radost, že jo.“

C: „Já si myslím, že by neměl být problém, abychom tam měli štos letáčků, nebo brožurku a dát jim to.“

D: „Něco co se jí bude prostě rozdávat.“

A: „A ono by stačilo, aby to bylo napsaný jenom na papíře a prostě jim to jenom dát. A taky jim těm paním říct, že ta příčina se nemusí vůbec zjistit a aby nespolehaly na tu pitvu, kdy se z 90% nic většinou stejně nezjistí. Tak říkat jim to hned na začátku.“

D: „nebo nějaké různé letáčky, protože ta žena na porodním sále je v šoku, nic nevnímá a nejen to co bychom jí řekly ústně, že by to měly i písemně, tak, že bychom jí daly letáček, kde by bylo třeba, že tamhlensto občanské sdružení se zabývá tím a tím, tamhlensta skupina se sdružuje za účelem toho, že tydlensti lidi měli tuhle zkušenost a stýkají se a tak.“

B: „Jo, dyť to dáváš i týranejm ženám, když ti přijde takováhle žena, tak ji dáš letáček a řekneš jí, tady jsou linky takovýdle a takovýdle a ona ti všechno odkejve a dá si to do kabelky a odejde. A až doma nad tím začne přemýšlet, jako kdyby si ona otevřela tu kabelku a měla tam napsáno, že psycholog je na tomhle telefoním čísle a kde je v Praze...“

- *Psycholog*

D: „No já si myslím, že ta následná psychologická péče moc nefunguje. Nebo i ty ženy toho třeba nevyužijou, protože se stydí. A pak když ho potřebují, tak už na něj nemají žádný kontakt.“

C: „No a pak by se měli udělat letáčky s nějakýma kontaktama na nějaký sdružení a na nějakou následnou psychologickou péči.“

B: „no ale nejhorší je, že v tom našem špitále ani není psycholog, že jo.“

C: „...ale hlavně to okolí, že jo. Protože ona chodí, že jo a všichni ji vidí, jak jí roste břicho a tak.“

A: „...todle podle mě musí být pro tu paní totiž to nejhorší, co zažije.“

C: „...úplně nejhorší, že jo. A ona přijde a všechny ty susedky se budou ptát a kde máte miminko?

A: „...a kamarádky, a už jsi porodila?“

B: „tak to je pomalu na přestěhování, že jo.“

D: „Podle mě je to spíš na cvokhaus.“

A: „No ale opravdu.“

### **3. VYHODNOCENÍ KVALITATIVNÍHO VÝZKUMU**

Kvalitativní výzkum byl zaměřen na zodpovězení výzkumné otázky. Zajímal se zejména o přístup zdravotnického personálu k rodičce s mrtvým plodem.

Výzkum byl rozdělen do dvou částí. První, která se zabývala rozhovory s ženami po porodu mrtvého plodu, a druhou, která byla určena porodním asistentkám a jejich zkušenostem. Také při interpretaci získaných kvalitativních dat se budu zabývat postupně oběma částmi výzkumu.

#### **3.1 Rozhovory se ženami po porodu mrtvého plodu**

Z rozhovorů s ženami po porodu mrtvého plodu vyplývá, že tato událost velmi zasáhla do jejich života a velmi těžce se s ní člověk vyrovnává. Samotné rozhovory se všemi informantkami byly zaměřeny na průběh porodu a s ním související péči zdravotníků.

Nejvíce spokojená s péčí při porodu, ale i po porodu byla informantka č. 2, která rodila ve fakultní nemocnici. Vypověděla, že ji personál dokázal psychicky podržet a namotivovat k rychlému porodu. Cítila v nich oporu a byla ráda, že ji při porodu může doprovázet manžel, který s ní byl po celou dobu.

Další dvě informantky s péčí zase tolik spokojené nebyly. Informantka č. 1 nebyla vůbec spokojena s přístupem lékařů, kteří se dle jejího názoru k ní chovali necitlivě a neosobně. Můžeme z toho usuzovat, že některým lékařům chybí schopnost vcítit se do situace a jednat také podle toho. S péčí porodních asistentek byla spojena více, toto hodnocení nebylo pro porodní asistentky sto procentní, jelikož bylo závislé na místě poskytované péče. Na porodním sále se k ní chovali lépe a citlivěji, než na oddělení gynekologie, kde ležela dva dny po porodu.

Informantka č. 3 nerada vzpomíná na dobu, kdy byla ještě mladičká a nedokázala se pořádně bránit a rozhodovat o svém zdraví. Vypověděla, že na ní v podstatě nikdo nebyl zlý, ale na druhou stranu s ní nikdo ani nekomunikoval a pořádně jí nevysvětlil, co a jak se bude dít. Dokonce v jednu chvíli zdravotnický personál omlouvala, že to tak nemyslí a že jen nejsou na tyto situace zvyklí a neví, jak se mají chovat.

Z analýzy rozhovorů vyplývá, že pro všechny informantky byla důležitá podpora ze strany zdravotnického personálu, také jejich profesionální chování, které když někdy selhávalo, tak to bylo informantkama negativně pocíťováno. Pro všechny byl šokující fakt, že musí rodit jejich miminko normální cestou, bohužel jedna informantka pocíťuje, že jí ani nebylo pořádně vysvětleno, proč to musí být tak a není možné udělat císařský řez. Případá mi, že zdravotníci berou vedení porodu vaginální cestou jako samozřejmost a často jim nedochází, že rodičky mají obavy a strach o sebe a chtějí mít celou situaci co nejdříve za sebou. Naopak informantka č. 3 vypověděla, že žena, kterou doprovázela u porodu mrtvého miminka, byla ráda za možnost si své dítě porodit spontánně a ještě v jakékoli poloze, do které v průběhu porodu dospěje.

Tyto ženy, když už musí porodit spontánně, tak nechtějí rodit v bolestech. Chtějí mít jistotu, že za každou cenu dostanou veškerou dostupnou analgezií.

Z rozhovorů také vychází, že možnost rozloučení se s novorozencem po porodu není běžná ve všech nemocnicích. Někde tuto možnost dokonce zamítají a doporučují rodičce, aby se nedívala. Informantka č. 1 tuto možnost také ze začátku odmítala, ale nakonec se s miminkem rozloučila, dokonce si ho pochovala a je za tuto volbu ráda.

Co se týče doporučení pro zdravotníky, tak by informantky doporučily se zaměřit na psychiku rodičky. Jednak ji správným způsobem zmotivovat k rychlému porodu, ale také ve zvolení vhodné komunikace v těchto situacích. Průběžně vysvětlovat co se s jejich tělem děje. Nezakazovat jim emoce, naopak je podporovat. Dovolit jim přítomnost blízké osoby u porodu.

Dalším podnětem bylo zaměření se na následnou péči alespoň zmínkou o různých možnostech, které existují, ať se jedná o kontakty na psychologa, nebo webové adresy, nebo také zmínka o léčitelích.

### **3.2 Skupinové interview s porodními asistentkami**

Porodní asistentky vypověděly, že mají strach a obavy z péče o rodičku, která se nachází v akutní fázi ztráty. Často mají problém s tím, aby před rodičkou profesionálně

obstály, aby jí byly tou správnou oporou. Říkají, že je pro ně takováto péče často traumatizující. Nevědí pořádně, jak vyjádřit svou lítost nad událostí, která se ženě přihodila. V komunikaci si nejsou jisté.

Všechny porodní asistentky shodně vypověděly, že se snaží, aby rodička dostala veškerou dostupnou analgezií. Pokaždé, když pečují o ženu s mrtvým plodem, tak ji ujistí o tom, že událost, která se stala, není jejich chyba. Pokoušejí se podpořit psychiku rodičky.

Velmi diskutované téma skupinového rozhovoru byla možnost rozloučení se s miminkem po porodu. Tuto možnost ženě v průběhu porodu nabídnou, ale dávají jí prostor k tomu, aby se svobodně rozhodla, jak se zachová. Porodní asistentky se velmi zabývaly otázkou, zda ženě ukázat dítě, které je již několik dní odumřelé a tedy již macerované. Padl návrh, že pokud se novorozenec zabalí do peřinky tak, aby z něj bylo vidět minimum, tak by se dítě, pokud si to žena přeje, ukázat mohlo. Pohled na něj by tedy nebyl natolik traumatizující a ženě by to umožnilo se se svým miminkem rozloučit.

Také ze skupinového rozhovoru s porodními asistentkami vyšlo několik návrhů na zlepšení současné péče. Návrhy se týkaly hlavně samotných porodních asistentek v posílení jejich sebedůvěry při péči, zlepšení komunikačních schopností, ale také návrhy na zvýšení efektivitu péče vůbec. Tyto respondentky by se rády zúčastnily semináře, na kterém by se probírala tematika psychologie ženy a také komunikační dovednosti s osobou v období ztráty, nebo komunikační dovednosti zaměřené na konkrétní typ případu.

Dalším návrhem bylo vytvoření krátkého seznamu asi o 10 bodech, které by naváděly porodní asistentku v komunikaci s ženou rodící mrtvý plod. Jednalo by se o návod, kde by bylo v bodech napsáno, co je vhodné a co naopak není vhodné takovéto ženě říct.

Co se týče následné péče, tak by porodní asistentky uvítaly letáčky, nebo brožurky, kde by bylo pro rodičky napsány kontakty na různá sdružení, nebo webové stránky zabývající se tematikou vyrovnávání se se smrtí dítěte. Mohl by zde být napsaný kontakt na případnou psychologickou péči.

#### **4. DISKUSE DOSAŽENÝCH VÝSLEDKŮ**

Úmrtí plodu v období těhotenství, které by se v normálním průběhu blížilo ke svému konci, je pro ženu i její okolí velmi šokující a traumatizující událostí. Žena je přijímána do zdravotnického zařízení, kde musí porodit své ještě nenarozené a již mrtvé dítě. Zmítá se v emocích a ve výčitkách, co udělala špatně. V tuto chvíli je pro ni velmi důležité, aby získala sílu se s touto událostí postupně vyrovnat. Tento dlouhý proces začíná již na porodním sále.

Rozhovory se ženami, které se s touto událostí v životě potýkaly a také s porodními asistentkami, které se o tyto ženy v průběhu porodu starají, mi pomohly odpovědět na výzkumnou otázku. Tedy jak ovlivňuje přístup zdravotníků průběh porodu mrtvého plodu a jeho vnímání rodičkou.

Vyhodnocením výstupů z kvalitativního výzkumu jsem zjistila, že je pro ženy rodící mrtvý plod velmi důležité pociťovat profesionalitu a podporu ze stran zdravotnického personálu. Získat veškerou dostupnou analgezií. Mít při sobě někoho, kdo by ji držel za ruku a s kým se může o své trápení podělit. Je pro ni podstatné, aby věděla, co se s ní děje a aby ji někdo stále byl na blízku. V průběhu porodu na ni čeká důležitý úkol si rozmyslet, zda by se chtěla rozloučit s miminkem a najít k tomuto kroku sílu. Ve spoustě těchto věcí se žena obrací o radu k porodní asistentce, která by jí měla být v průběhu porodu průvodkyní, pomocníkem, oporou a laskavou duší.

Výzkum potvrdil, že porodní asistentky mají obavu, aby v péči o rodičku s mrtvým plodem obstály. Některé dokonce přiznávají, že se potýkají s problémem, že nevědí, jak se k takové ženě vůbec chovat. Cítí se nejisté. A jejich osobnost není často na tyto smutné události připravená. Rády by prošly nějakým školením, kde by si vylepšily své komunikační dovednosti. Osobně si myslím, že k těmto pocitům může napomáhat také stres, který kolem celé situace panuje. Je zde spousta úkolů, vedení dokumentace a ošetrovatelských úkonů, na které se nesmí zapomenout a je nutné je zvládnout.



## 5. NÁVRH DOPORUČENÍ NA ZMĚNU

Vzhledem k současnému nedostatku zdravotnického personálu ve zdravotnických zařízeních se stává stále častěji, že na porodních sálech pracují mladé porodní asistentky, které nebývají emočně dozrálé a potřebují v péči mnoho poradit. Jejich osobnost se formuje současně s délkou praxe a množstvím nabytých zkušeností.

Současně se domnívám, že porod mrtvého plodu je takové specifikum v porodnictví, které se nevyskytuje často, že i zkušená porodní asistentka může mít s ošetrovatelskou péčí vnitřní problém, který souvisí se smutnou stránkou celé události.

Myslím si, že analýzou kvalitativních dat bylo odpovězeno na výzkumnou otázku, kterou jsem si položila na začátku výzkumu. V rozhovorech padlo mnoho připomínek k současnému stavu ošetrovatelské péče, ale zároveň se našla spousta návrhů a doporučení na změnu a zlepšení.

Na základě těchto podnětů navrhuji níže uvedené náměty, které by mohly přispět ke zkvalitnění a zefektivnění ošetrovatelské péče o rodičku s mrtvým plodem na porodním sále.

1. V rámci konference pro nelékařské zdravotnické pracovníky, které často pořádají samotná zdravotnická zařízení, zařadit seminář, nebo zvláštní workshop komunikačních dovedností, které by byly zaměřeny na specifika komunikace na porodním sále. Zároveň by zde byly zmíněny a procvičeny techniky důležité v péči o rodičku s mrtvým plodem.
2. Vhodná motivace rodičky ke spontánnímu porodu. Podpora emocí v průběhu porodu. Možno použít metodu přijetí, která spočívá v přijetí nastalé situace a soustředění se jen a jen na porod.
3. Zajištění veškeré dostupné analgezie. Při podávání miniheparinizace (Fraxiparin, Clexane) myslet na nemožnost aplikování epidurální analgezie po dobu 12 hodin od podání. Aby se předešlo této nepříjemnosti v době, kdy ještě

nenastaly kontrakce, je možné před miniheparinizací zavést epidurální katétr aniž by byla podána účinná látka tzv. na sucho. Účinná látka se podá až v době, kdy nastanou kontrakce.

4. Vytvořit a uvést do chodu letáčky nebo brožurky, které by obsahovaly kontakt na občanské sdružení zabývající se problematikou úmrtí dítěte, dále odkazy na webové stránky, kde diskutují matky po porodu mrtvého plodu a v neposlední řadě by zde měl být kontakt na psychologa spolupracujícího se zdravotnickým zařízením.
5. V příloze č. 4 uvádím možný návrh na 10 rad, které by mohly napomoci komunikovat porodní asistentce s rodičkou v průběhu porodu mrtvého plodu.

## **Závěr**

Zpracování zvoleného tématu mi pomohlo si uvědomit, jaká jsou specifika ošetrovatelské péče o ženu, které byla stanovena diagnóza foetus mortus, tedy mrtvého plodu.

Myslím si, že se mi podařilo srozumitelnou cestou zpracovat téma a také naplnit cíle práce. Pomocí kvalitativního výzkumu objasnit kritická místa v ošetrovatelské péči o rodičku s mrtvým plodem.

Vyhodnocením kvalitativních dat padlo mnoho připomínek k současnému stavu ošetrovatelské péče, ale zároveň se našla spousta návrhů a doporučení na změnu a zlepšení. Pokusila jsem se tyto náměty zpracovat a navrhnout možná opatření pro praxi.

Do budoucna bych ráda vytvořila spolupráci s občanským sdružením, které se tímto problémem zabývá a o jehož činnosti jsem se dozvěděla až v rámci práce na diplomové práci.

## Literatura

- 1) ČECH E. a kol.: *Porodnictví*. Grada. Praha 1999, 1.vydání, 432str., ISBN: 80-7169-355-3
- 2) BŘESKÁ, N.; BURDOVÁ, E.; VRÁNOVÁ, L.: *Státní sociální podpora s komentářem a příklady 2008*. Nakladatelství ANAG, Olomouc 2008. 12. Aktualizované a doplněné vydání. 223 str., ISBN: 978-80-7263-467-5
- 3) D'ALTON, M.E.; GROSS I. 2002. „Stillbirth after 20 weeks“. *Seminars in Perinatology* Vol 26 (No 1)
- 4) DISMAN M.: *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. Karolinum. Praha 1993. 374 str. ISBN: 80-7066-822-9
- 5) GREISINGER, J. ŠTEFANOVIČ, J.: *Psychologie*, Vydání 3. Praha: Avicenum 1987. 256 stran. ISBN 08-069-87
- 6) HAŠKOVCOVÁ, H.: *České ošetřovatelství 5 – Manuál o etice*. Ediční řada - praktické příručky pro sestry. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. Brno 2000. Vydání 1., 46str. ISBN: 80-7013-310-4
- 7) Hawkins P.; Shohet R.: *Supervize v pomáhajících profesích*. Vydání 1. Praha: Portál 2004. 208 stran. ISBN 80-7178-715-9
- 8) HENDL, J.: *Kvalitativní výzkum*. Portál. Praha 2005. ISBN 80-7367-040-2.
- 9) JOBÁNKOVÁ, M. a kolektiv autorů: *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. NCO NZO. Brno 2003. Třetí nezměněné vydání. 225str. ISBN: 80-7013-390-2
- 10) KÜBLER-ROSS, E.: *Odpovědi na otázky o smrti a umírání*. Doplněno samostatnými příspěvky a komentáři. EM Reflex. Praha 1995. 292str. ISBN neuvedeno
- 11) KÜBLER-ROSS, E.: *O dětech a smrti*. Ermat, Praha 2003. 311str. ISBN: 80-903086-1-9
- 12) LOMÍČKOVÁ T. 2006 „Porod mrtvého plodu“ *Moderní gynekologie a porodnictví, Porod I*. Volum 15 (číslo 4) str. 561-562
- 13) MACKŮ F., ČECH E.: *Porodnictví*. Informatorium. Praha 2002, 1. vydání, 143 str., ISBN: 80-86073-92-0
- 14) RATISLAVOVÁ, K.: *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Reklamní atelier Area. Praha 2008, 1. vydání, 106 str., ISBN: 978-80-254-2186-4

- 15) ROZTOČIL, A.: *Porodnictví*. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. Brno 2001. 1. vydání, 333 str., ISBN: 80-7013-339-2
- 16) ROZTOČIL A. 2008 „Doporučené postupy při preindukci a indukci porodu“. *Česká gynekologie* 73 (1) str. 12-14
- 17) STAŇKOVÁ, M.: *České ošetrovatelství 11 – Sestra – reprezentant profese*. Ediční řada - praktické příručky pro sestry. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. Brno 2002. Vydání 1. 78str. ISBN: 80-7013-368-6
- 18) STRAUSS, A.; CORBINOVÁ, J.: *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Sdružení podané ruce a Albert. Brno 1999. ISBN 80-85834-60-X
- 19) ŠPATENKOVÁ, N. a kolektiv: *Krizová intervence pro praxi*. Grada Publishing. Praha 2004. Vydání 1. 200str. ISBN: 80-247-0586-9
- 20) ŠPATENKOVÁ, N.: *Poradenství pro pozůstalé*. Grada. Praha 2008, Vydání 1. 143 str. ISBN: 978-80-247-1740
- 21) VELEBIL P., 2008, *Perinatální mortalita v ČR 2007*, PPT prezentace, sekce perinatální medicíny ČGPS, dostupné z: <http://www.porodnici.cz/sos-porodnice/perinatalni-mortalita-v-cr-249> [cit. 5. 7. 2009]
- 22) ZACHAROVÁ, E.: *Úvod do studia zdravotnické psychologie*, Zdravotně-sociální fakulta Ostravské univerzity. Ostrava 2002. Vydání 1. 128 str. ISBN: 80-7042-333-1
- 23) ZWINGER, A. et. al.: *Porodnictví*. Galén. Praha 2004. 1. vydání. 532str., ISBN: 80-7262-257-9
- 24) Zákon 256/2001 Sb. *O Pohřebnictví a o změně některých zákonů*. Novelizován v březnu 2006
- 25) <http://www.azrodina.cz/1849> [dostupné 19. 6. 2009]
- 26) [http://www.demografie.info/?cz\\_porodnost\\_definice](http://www.demografie.info/?cz_porodnost_definice) [dostupné 19. 6. 2009]
- 27) <http://www.dlouhacesta.cz/cz/leve-menu/prvni-pomoc/desatero-pro-pozustale/c243> [dostupné dne 12. 8. 2009]

## **Seznam příloh**

**Příloha č. 1:** Projekt diplomové práce

**Příloha č. 2:** Seznam laboratorních vyšetření u diagnózy foetus mortus

**Příloha č. 3:** List o prohlídce mrtvého, Zpráva o antenatálním úmrtí

**Příloha č. 4:** Návrh na 10 rad při poskytování ošetrovatelské péče o rodičku s diagnózou foetus mortus

**Příloha č. 5:** Desatero pro pozůstalé rodiče

**Příloha č. 6:** Státní sociální podpora

## **Příloha č. 1: Projekt diplomové práce**

**Univerzita Karlova v Praze**

**Fakulta humanitních studií**

U Kříže 8

156 00 Praha 5

**Studijní obor:**

**Řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích**



**Projekt diplomové práce**

Předběžný název diplomové práce:

**Ošetrovatelská péče o rodičku s diagnózou foetus mortus**

**Studentka: Bc. Simona Petrová**

**Imatrikulační ročník: 2007/ 2008**

**Osobní číslo: 14 188**

**Vedoucí práce: prim MUDr. Iva Holmerová, PhD.**

**Praha, 25. ledna 2009**

## **1. Formulace a úvod do problematiky:**

Svůj obor, tedy práci porodní asistentky, jsem si vybrala hlavně kvůli radostné stránce tohoto povolání. Doprovázet ženu při zrodu nového života a být jí při porodu nápomocnou, to je to, co si většina lidí představí pod tímto oborem. Bohužel se v porodnictví vyskytují i smutné stránky. Také já jsem se za svou krátkou praxi setkala s touto smutnou stránkou oboru.

V diplomové práci se chci věnovat problematice ošetrovatelské péče o rodičku, které byla stanovena diagnóza foetus mortus, tedy mrtvého plodu. Toto zjištění znamená pro ženu a jejího partnera velmi vážné psychické trauma a vážně ohrožuje také její zdraví. Této tématice se chci věnovat hlavně proto, že se tyto situace na porodním sále také, i když méně často, vyskytnou. Na zdravotnickém týmu je pak veškerá péče, emoční zvládnutí a řešení těchto případů. Jednání by mělo být profesionální a hlavně lidské. Žena by měla cítit oporu, empatický přístup a pochopení od celého zdravotnického týmu.

Intrauterinní smrt plodu nastává často bez předchozích varovných známek jinak normálně probíhajícího těhotenství. Právě fakt náhlosti vzniku tohoto stavu a možnost ohrožení zdraví ženy přispívá na nutnosti rychlého řešení.

Péče o ženu, která prožívá trauma ze smrti svého ještě nenarozeného dítěte, je velmi náročná. Celý zdravotní tým a největší měrou porodní asistentka musí zvládnout celý proces péče. Veškerá péče se nesoustředí pouze na to, jak nejrychleji porodit již mrtvé miminko, ale je důležité působit na všechny stránky ženy. Tedy brát ženu jako bio-psycho-sociální jednotku.

Ve své diplomové práci bych ráda popsala způsoby a postupy, co nejefektivnější péče o takovouto rodičku. Také problémy, se kterými se při tomto procesu porodní asistentka setkává. A navrhnout další možnosti porodní asistentce, aby mohla být rodičce nápomocnou a dokázala alespoň částečně zmírnit nebo ulehčit vzniklé trauma.

### **Cíl práce:**

- představit a vysvětlit problematiku ošetrovatelské péče o rodičku s dg foetus mortus
- vytvořit postup péče, aby byl pro rodičku i zdravotnický tým co nejefektivnější
- najít další možnosti zvýšení efektivity ošetrovatelské péče



## **2. Pracovní postup:**

### **Teoretická část:**

- Na základě dostupné literatury a zdrojů popsat a vysvětlit možnosti vzniku daného stavu, postupy řešení a možné následky.
- Popsat ošetrovatelskou péči porodní asistentky o rodičku s dg foetus mortus

### **Praktická část:**

- Kvalitativní šetření zaměřené na zjištění informací o ošetrovatelské péči od žen, které si prošly touto smutnou zkušeností. Jelikož se jedná o velmi citlivé téma, využijí kvalitativního dotazování, hlavně individuálních rozhovorů s otevřenými otázkami. Kontaktováním těchto žen, bych chtěla zjistit více o pocitech a stavech, které tyto ženy měly a prožívaly. Jak na ně působila ošetrovatelská péče, zda s ní byly spokojené, jaký byl přístup zdravotníků. Jaká forma podpory jim pomáhala.
- Kvalitativní šetření formou focus group zaměřené na zjištění informací od zdravotnického týmu, aby bylo možné zefektivnit ošetrovatelskou péči o rodičku s dg foetus mortus. Tento interaktivní skupinový rozhovor by měl odhalit nedostatky, které by bylo možné odstranit, také by měl odhalit možnosti snížení stresové náročnosti ošetrovatelské péče. Zapojením skupiny porodních asistentek mohou vzniknout nové návrhy na zlepšení stávajícího stavu ošetrovatelské péče.
- Na základě zjištěných výstupů vytyčit roli porodní asistentky při ošetrovatelské péči o rodičku s dg foetus mortus.
- Navrhnout postup péče, aby byl pro rodičku i zdravotnický tým co nejefektivnější.

## **3. Předběžná bibliografie k tématu:**

1. ČECH E. a kol.: Porodnictví. Grada. Praha 1999, 1.vydání, 432str., ISBN: 80-7169-355-3
2. MACKŮ F., ČECH E.: Porodnictví. Informatorium. Praha 2002, 1.vydání, 143 str., ISBN: 80-86073-92-0

3. RATISLAVOVÁ K.: Aplikovaná psychologie porodnictví. Reklamní atelier Area. Praha 2008, 1.vydání, 106 str., ISBN: 978-80-254-2186-4
4. ROZTOČIL A.: Porodnictví. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. Brno 2001. 1.vydání, 333 str., ISBN: 80-7013-339-2
5. HONZÁK R.: Komunikační pasti v medicíně: praktický manuál komunikace lékaře s pacientem. Galén. Praha 1999. 2.dopl.vydání, 165 str. ISBN: 80-7262-032-0
6. SPIRO H. M.: Empathy and the practice of medicine : beyond pills and the scalpel. Yale University Press. New Haven 1993. 203 str. ISBN: 0-300-06670-8
7. HAŠKOVCOVÁ H.: Lékařská etika. Karolinum: Galén. Praha 1997. 2., dopl. a přeprac. vyd.199 str. ISBN: 80-85824-54-X
8. HENDL, J.: Kvalitativní výzkum. Portál. Praha 2005. ISBN 80-7367-040-2.
9. STRAUSS A., CORBINOVÁ J.: Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie. Sdružení podané ruce a Albert. Brno 1999. ISBN 80-85834-60-X
10. <http://www.porodnici.cz/syndrom-mrtveho-plodu>
11. <http://www.moondragon.org/obgyn/pregnancy/iufd.html>

## **Příloha č. 2:** Seznam laboratorních vyšetření u diagnózy foetus mortus

Všechny pacientky:

- Glykémie
- Krevní obraz + počet trombocytů
- Koagulační vyšetření + ATIII + FDP
- Průkaz fetálních erytrocytů v periferní krvi matky
- Vyšetření moči na přítomnost toxických látek
- Listeria

Vybrané pacientky:

- Vyšetření funkce štítné žlázy
- Protilátky proti CMV (akutní IgM a pozdní IgG) + HSV
- Protilátky proti toxoplazmóze
- Protilátky proti parvoviru B19
- Lupusové protilátky antikoagulační
  - Deficit proteinu C
  - Deficit proteinu S
- Molekulárně genetické vyšetření
  - Leidenská mutace faktoru V
  - Protrombinová genová mutace
  - MTHFR 677 + MTHFR 1298
- Hematologické vyšetření na ACLA

**Příloha č. 3: List o prohlídce mrtvého**  
**Zpráva o antenatálním úmrtí**

Příjmení ..... Svatost ..... ročník .....

Pohlí: .....

Oblast: .....

Číslo listu: .....

Číslo přílohy: .....

## List o prohlídce mrtvého

1. Jméno: ..... Příjmení: ..... Pohlí: .....

2. Datum úmrtí: ..... (včetně hodiny a minut) ..... (měsíc) ..... (rok) .....

3. Místní stav: ..... 4. Státní příslušnost: ..... 5. Narodnost: .....

6. a) Místní stav: ..... b) Zahraniční: .....  
 c) Zdraví stav: ..... d. Nebyl-li zvláštně vyšetřen: .....

7. Rodiče: .....  
 a) Otec: .....  
 b) Matka: .....

8. Místní stav: .....  
 a) Otec: .....  
 b) Matka: .....

9. Datum úmrtí: ..... 10. Jméno: .....  
 (včetně hodiny a minut) ..... (měsíc) ..... (rok) .....

11. Místní stav: ..... 12. Jméno: .....  
 (včetně hodiny a minut) ..... (měsíc) ..... (rok) .....

13. Datum úmrtí: ..... 14. Jméno: .....  
 (včetně hodiny a minut) ..... (měsíc) ..... (rok) .....

15. Jde o prohlídku zvlášť namočeného těla?  Ano -  Ne

16. Kde bylo tělo uloženo? .....  
 (včetně hodiny a minut) ..... (měsíc) ..... (rok) .....

17. Kde bylo tělo uloženo? .....  
 (včetně hodiny a minut) ..... (měsíc) ..... (rok) .....

18. Kde bylo tělo uloženo? .....  
 (včetně hodiny a minut) ..... (měsíc) ..... (rok) .....

19. Kde bylo tělo uloženo? .....  
 (včetně hodiny a minut) ..... (měsíc) ..... (rok) .....

10. Příčina smrti (podle klinického záznamu)	Přibližná doba smrti (včetně hodiny a minut)	Zvlášť podrobného záznamu MKN
<p><b>I.</b> Nemoc (slab), která (j) přišla vedle (a) k smrti (nepřímá příčina smrti)</p> <p><b>Příčina smrti, tj. charakter smrti, jsou-li jaké, která způsobily smrt (včetně hodiny a minut):</b></p> <p><b>první příčina (včetně hodiny a minut, hlavní nemoc) se uvádí zvlášť pod a)</b></p>	<p>a) .....</p> <p>b) .....</p> <p>c) .....</p>	
<p><b>II.</b> Jde zvlášť charakter smrti nebo smrti, spojené s příčinou smrti, které byly v přímé souvislosti s nemocí nebo státním zvlášť pod I. a)</p>		

20. Jde o přirozenou smrt?  Ano -  Ne

21. Jde o nemoc z povolání?  Ano -  Ne

22. Jde o pracovní úraz, náhodný úraz, vraždu, sebevraždu?  Ano -  Ne

23. Jde o smrt z důvodu: .....  
 (včetně hodiny a minut) ..... (měsíc) ..... (rok) .....

23. a) U dětí I. třídy narozených .....  
 1. narozených .....  
 do 1 roku věku - nezralé (zabíjí) .....  
 do 24 hodin po porodu - dítka žijící v hod. .....  
 do 13 leti rodu - nezralé (zabíjí) .....  
 Mě matka vylučuje povolení a jazyk .....

b) U starších dětí: počet živě narozených dětí .....

24. Místní stav: .....  
 (včetně hodiny a minut) ..... (měsíc) ..... (rok) .....

25. Místní stav: .....  
 (včetně hodiny a minut) ..... (měsíc) ..... (rok) .....

Zpráva o prohlídce mrtvého .....  
 Datum: .....  
 Místo: .....

## ZÁZNAM O ANTENATÁLNÍM ÚMRTÍ NEBO POTRATU

1. Příjmení plodu \_\_\_\_\_
2. Blok \_\_\_\_\_ máčec \_\_\_\_\_ den \_\_\_\_\_ hodina \_\_\_\_\_ porodu = potratu
3. Matka: příjmení \_\_\_\_\_ jméno: \_\_\_\_\_ r.č. \_\_\_\_\_ pojišťovna: \_\_\_\_\_  
Choroby před touto graviditou - jaké: \_\_\_\_\_  
Celkový počet gravidit: \_\_\_\_\_  
Předchozí antenatální úmrtí - nad 1000g - počet: \_\_\_\_\_  
Předchozí potraty - spontánní - počet: \_\_\_\_\_  
intempce - počet: \_\_\_\_\_
4. Nynější gravidita:  
Riziková - důvody: \_\_\_\_\_  
Hospitalizace matky - naposledy od: \_\_\_\_\_ důvody: \_\_\_\_\_  
Amniocenteza - datum provedení: \_\_\_\_\_  
UZ - vyšetření - datum posledního: \_\_\_\_\_  
Dokončený týden gravidity: \_\_\_\_\_  
Ozvy plodu zastiženy naposledy: \_\_\_\_\_
5. Jde o: porod - potrat  
spontánní  
indukovaný datum \_\_\_\_\_ hodina \_\_\_\_\_  
operativní - způsob: \_\_\_\_\_  
poloha plodu: \_\_\_\_\_ hmotnost plodu: \_\_\_\_\_
6. Placenta: hmotnost: \_\_\_\_\_ patologie: \_\_\_\_\_
7. Pupečník: patologie: \_\_\_\_\_
8. Genetická vada: byla-li zjištěna intrauterinně - jaká: \_\_\_\_\_
9. Jiné závadné údaje, které nejsou v "Záznamu" uvedeny: \_\_\_\_\_

razítka

číslo podpis lékaře

## **Příloha č. 4:** Návrh na 10 rad při poskytování ošetrovatelské péče o rodičku s diagnózou foetus mortus

### **10 rad při péči o rodičku s FM**

1. Sdělit rodičce účast – Je mi velmi líto, co se Vám stalo, ale věřte, že Vám budu nápomocna a budu s Vámi.
2. Ujistit rodičku, že za to, co se stalo, nemůže a nemůže si to vyčítat a také, že se může stát, že se příčina úmrtí z 90% nezjistí.
3. Vysvětlit rodičce, proč je vhodnější родit spontánně a ne císařským řezem.
4. Ujistit rodičku, že bude použita veškerá dostupná analgezie (Možnost zavedení epidurálního katétru tzv. na sucho, bez přidání účinné látky, před podáním nízkomolekulárních heparinů).
5. Nabídnout a umožnit rodičce (pokud to bude možné), aby se s mrtvým miminkem rozloučila.
6. Šetrně se rodičky zeptat, zda chce, aby bylo miminko pohřbeno a bylo mu dáno křestní jméno.
7. Umožnit rodičce, aby ji doprovázela u porodu osoba blízká (manžel, přítel). Zajistit rodičce intimitu.
8. Komunikovat s rodičkou a snažit se zmírnit její strach a šok a vysvětlovat jí klidně, co ji čeká a jaký bude postup krok za krokem.

(možno říct: Klidně se vyplakejte. Co pro vás mohu udělat? Nevím, proč se to stalo... Jsem tu, abych naslouchala.

Neříkat: Jste pořád mladá, můžete mít další děti. Máte celý život před sebou! Musíte být silná. To bude dobré, uvidíte...)

9. Předat rodičce letáček s kontakty na psychology, kteří by jí mohli pomoci se se ztrátou vyrovnat, na webové stránky lidí, kteří si ztrátu dítěte také prožili.
10. Nezapomenout na zástavu laktace po porodu.

## **Příloha č. 5: Desatero pro pozůstalé rodiče**

### **Desatero pro pozůstalé rodiče:**

PhDr. Naděžda Špatenková, Ph.D

- 1. Zapojte se do přípravy pohřbu.*
- 2. Věnujte pozornost tomu, co jíte.*
- 3. Zachovejte, pokud možno, normální režim.*
- 4. Posuďte svůj zdravotní stav.*
- 5. Hovořte o zemřelém dítěti.*
- 6. Dovolte si truchlit.*
- 7. Udělejte si čas na truchlení.*
- 8. Dovolte si zlostné pocity.*
- 9. Dovolte druhým, aby vám pomáhali.*
- 10. Nebojte se vyhledat pomoc.*

Převzato z: <http://www.dlouhacesta.cz/cz/leve-menu/prvni-pomoc/desatero-pro-pozustale/c243> dostupné dne 12. 8. 2009

## **Příloha č. 6: Státní sociální podpora**

### **Státní sociální podpora**

#### **HLAVA OSMÁ**

##### **Porodné**

##### **§44**

Podmínky nároku na porodné:

- (1) Nárok na porodné má žena, která porodila dítě
- (2) Nárok na porodné má rovněž otec dítěte, jestliže žena, která dítě porodila, zemřela, a porodné nebylo vyplaceno jí ani jiné osobě.
- (3) Nárok na porodné vzniká dnem porodu

Komentář k §44:

Porodné je dávka státní sociální podpory, na kterou vzniká nárok v souvislosti s porodem dítěte. Nárok na porodné má v první řadě žena, která dítě porodila, pouze v případě, že žena, která dítě porodila, zemřela a porodné nebylo vyplaceno jí ani jiné osobě (rozumí se osobě, která převzala dítě do péče nahrazující péči rodičů), vznikne nárok na porodné otci dítěte.

Na dávku vznikne nárok, jen jednalo-li se o porod dítěte, nikoli o potrat. Při posouzení, jestli šlo o porod, nebo potrat, je třeba vycházet ze zdravotnické dokumentace. Žádost se zpravidla dokládá rodným listem dítěte, ale ten je vydán jen při narození živého dítěte. Pro nárok na porodné však není rozhodné, jestli se dítě narodilo živé nebo mrtvé



(nárok na porodné vzniká i při narození mrtvého dítěte). V případě mrtvě narozeného dítěte se skutečnost, že došlo k porodu, dokládá potvrzením matriky, které není rodným listem.

Podmínkou nároku na porodné není péče o dítě. Obdobně se nezkoumá, na jaký účel byla dávka použita, ačkoli je jedním z důvodů existence této dávky úmysl přispět rodiči na nákup věcí potřebných pro dítě. Mezi podmínkami nároku na dávku však tyto skutečnosti nejsou uvedeny. Porodné se tedy poskytne např. i ženě, která o dítě po porodu ani nezačala pečovat a dala souhlas k jeho osvojení. Vyloučen není nárok ani v případě, že se žena vůči dítěti dopustila úmyslného trestného činu.

Porodné patří mezi dávky poskytované bez ohledu na výši příjmu oprávněné osoby. Nárok vzniká dnem porodu. Oprávněná osoba musí být, stejně jako u ostatních dávek státní sociální podpory, hlášena k trvalému pobytu na území České republiky minimálně po stanovenou dobu (viz blíže §3 zákona). Z hlediska nároku na porodné není rozhodné, jestli je k trvalému pobytu na území České republiky hlášeno též narozené dítě, ani zda takové dítě má vystaven v České republice rodný list; pokud rodný list nemohl být vystaven (dítě zemřelo při porodu nebo není občanem České republiky), prokáže oprávněná osoba narození dítěte jiným způsobem.

## §46

### **Výše a výplata porodného:**

- (1) **Výše porodného činí 13 000 Kč na každé narozené dítě** (tedy i mrtvé, jedná-li se o porod a ne o potrat)
- (2) Porodné se vyplatí jednorázově.

## HLAVA DEVÁTÁ

### Pohřebné

#### §47

##### **Podmínky nároku na pohřebné**

**(1) Nárok na pohřebné má osoba, která vypravila pohřeb**

**a) Dítěti, které bylo ke dni smrti nezaopatřeným dítětem, nebo**

**b) Osobě, která byla ke dni smrti rodičem nezaopatřeného dítěte,**

**jestliže dítě nebo osoba uvedená v písmenu b) měly trvalý pobyt (§3) na území České republiky.**

**(2) Splňuje-li podmínky nároku na pohřebné více osob, náleží tato dávka jen jednou, a to osobě, která uplatní nárok na dávku jako první. Nárok na pohřebné vzniká dnem pohřbení podle zvláštního právního předpisu<sup>48a)</sup>.**

---

<sup>48a)</sup> Zákon č. 256/2001 Sb., o pohřebnictví a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

#### §48

##### **Výše a výplata pohřebného**

(1) Výše pohřebného činí 5 000 Kč.

(2) Pohřebné se vyplatí jednorázově.

(Zdroj: BŘESKÁ, BURDOVÁ, VRÁNOVÁ, 2008)