



## PROŽÍVÁNÍ TĚHOTENSTVÍ PO PERINATÁLNÍ ZTRÁTĚ EXPERIENCING PREGNANCY AFTER PERINATAL LOSS

**Pavla Kaspárková, Radka Bužgová**

*Ústav ošetřovatelství a porodní asistence, Lékařská fakulta, Ostravská univerzita v Ostravě  
Department of Nursing and Midwifery, Faculty of Medicine, University of Ostrava, Ostrava*

### Abstrakt

*Cíl:* Cílem výzkumu bylo zjistit subjektivní prožívání žen v těhotenství po perinatální ztrátě, identifikovat jejich potřeby a způsoby zvládání zátěže v období právě probíhajícího těhotenství. *Metodika:* Výzkum byl proveden kvalitativní metodou. Metodou sběru dat byl polostrukturovaný rozhovor. Výzkumu se zúčastnilo 6 těhotných žen ve třetím trimestru po perinatální ztrátě v předchozím těhotenství. K analýze dat bylo využito některých postupů zakotvené teorie (otevřené a axiální kódování a vytváření kategorií). *Výsledky:* Na základě analýzy dat byly stanoveny kategorie: 1. Zkušenost perinatální ztráty, 2. Prožívání nového těhotenství, 3. Pocity, 4. Zvládání, 5. Potřeby. Analýzou rozhovorů bylo zjištěno, že těhotenství po perinatální ztrátě je obdobím zvýšené emocionální zátěže, ženy mají specifické potřeby a používají různé způsoby zvládání zátěže. *Závěr:* Těhotné ženy po perinatální ztrátě vyžadují specifický přístup poskytovatelů péče. Významná je kontinuita péče počínající obdobím perinatální ztráty, pokračující přípravou na těhotenství, porod a šestinedělí. Pochopení pocitů žen může pomoci ve snaze o efektivnější poskytování ošetřovatelské péče. Komunitní porodní asistentky mohou být vhodnou podporou pro tuto skupinu žen a pomoci jim překonat náročné období těhotenství po perinatální ztrátě.

**Klíčová slova:** těhotenství, perinatální ztráta, prožívání, stres, porodní asistentka, podpora.

### Abstract

*Aim:* The aim of this research was to determine the subjective experience of women in pregnancy after perinatal loss, identify their needs and ways of coping with the stress during an ongoing pregnancy. *Methods:* The study was carried out using a qualitative method. The data collection method used was a semi-structured interview. Six pregnant women in the third trimester after perinatal loss in previous pregnancies participated in the research. Some procedures of grounded theory (open and axial coding and creating categories) were used for data analysis. *Results:* Based on the data analysis categories and subcategories were defined: 1. The experience of perinatal loss, 2. Experiencing new pregnancy, 3. Feelings, 4. Coping, 5. Needs. Analyzing the interviews revealed that pregnancy after perinatal loss is a period of higher emotional stress, when women have specific needs and use different ways of coping with stress. *Conclusion:* Pregnant women after perinatal loss require a specific approach of care providers. The continuity of the care is important, starting from the period after perinatal loss, continuing in the preparation for pregnancy, childbirth and the postpartum period. Understanding the feelings of women may help in the effective provision of nursing care. Community midwives may be an appropriate support for this group of women and help them overcome the difficult period of pregnancy after perinatal loss.

**Keywords:** pregnancy, perinatal loss, experiencing, stress, midwife, support.

### Úvod

Těhotenství bývá pro každou ženu významným životním obdobím, které klade na její organismus určitou míru zátěže. Pokud hovoříme o těhotenství, které následuje po předchozím neúspěchu, je toto období jistě ještě více psychicky náročné. Ztráta dítěte v těhotenství nebo krátce po porodu je pro rodiče tragická událost, ke které dochází náhle a

nečekaně. Tato zkušenost může zanechat trvalé následky na psychice ženy. Do podvědomí zdravotníků se postupně dostává nutnost podpořit proces truchlení během perinatální ztráty a pomoci rodičům vyrovnat se s jejich tragédií.

Většina žen se po neúspěšném ukončení svého těhotenství pokusí znovu otěhotnět. Pokud se to podaří, dá se předpokládat, že toto období bude psychicky náročné. Těhotné ženy po perinatální ztrátě si v následujícím těhotenství zaslouží více

---

*korespondence: pavla.kasparkova@centrum.cz*

pozornosti, než je jim běžně poskytována. Těhotenství po předchozím neúspěchu bývá řazeno mezi těhotenství riziková. Žena je sledována v prenatalní poradně a bývá kladen důraz na sledování průběhu těhotenství z medicínské oblasti. Psychologické aspekty těhotenství po perinatální ztrátě nebývají v popředí zájmu. Toto téma se v odborné české literatuře často nevyskytuje. Z tohoto důvodu vznikl náš zájem prozkoumat tuto problematiku. Seznámení se s individuálními prožitky a zkušenostmi těhotných žen s předchozí zkušeností perinatální ztráty, může pomoci porodním asistentkám, ale i ostatním pečujícím osobám lépe pochopit celou problematiku a nastínit možnosti řešení některých situací. Tato zjištění by mohla být efektivní pro zkvalitnění ošetrovatelské péče a užitečná pro všechny poskytovatele péče.

## Cíle

Cílem výzkumu bylo zjistit prožívání žen v těhotenství po perinatální ztrátě, dále identifikovat jejich potřeby a způsoby zvládání zátěže v období právě probíhajícího těhotenství.

## Soubor

Výzkumný soubor tvořilo šest těhotných žen, které v minulém těhotenství utrpěly perinatální ztrátu. Čtyři ženy porodily mrtvé dítě ve třetím trimestru těhotenství, jedna žena se musela vyrovnat se smrtí dítěte krátce po porodu a jedna žena porodila mrtvé dítě ve druhém trimestru. Kritéria výběru zařazení do výzkumného souboru byla: zkušenost s perinatální ztrátou v minulém těhotenství a právě probíhající třetí trimestr těhotenství. Komunikační partnerky byly vybrány tzv. záměrným výběrem přes instituce poskytující prenatalní péči (soukromé gynekologické ambulance a pracoviště prenatalní ultrazvukové diagnostiky), což znamená, že k jejich vyhledání a kontaktování bylo použito jejich spojení s určitou institucí (Miovský, 2006, s. 138). Z důvodu zachování anonymity nejsou názvy institucí uvedeny.

## Metodika

Pro výzkum byla zvolena kvalitativní metoda. Vycházeli jsme z definice Švaříčka a Šedové (2007, s. 17), který definuje kvalitativní přístup jako „proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založený na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu. Záměrem výzkumníka je pomocí řady postupů a metod rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé chápou, prožívají a vytvářejí sociální realitu.“ Kvalitativní výzkum byl

zvolen záměrně vzhledem k citlivosti zvoleného tématu. Byl zde předpoklad, že kvalitativní analýzou a interpretací získaných informací, bude možno alespoň částečně porozumět prožívání těhotných žen se zkušeností perinatální ztráty.

## Sběr dat

Pro sběr dat byla použita technika polostrukturovaného rozhovoru. Čtyři rozhovory proběhly v domácím prostředí participantů, dva v návštěvní místnosti gynekologicko-porodnického oddělení. Studium literatury bylo vytýčeno několik oblastí a okruhy témat, které by mohly být pro zvolené téma důležité a na ně byl průběh rozhovoru zaměřen. Participantů byli ujištěni o zachování anonymity, jejich jména byla změněna. Před uskutečněním rozhovoru byl získán souhlas participantů s uskutečněním rozhovoru, jeho nahráváním na diktafon a použitím získaných informací. Rozhovory trvaly od 50 do 90 minut.

## Analýza dat

K analyzování získaných dat byly využity některé postupy a techniky zakotvené teorie. Konkrétně bylo použito otevřené a axiální kódování rozhovorů a utváření kategorií. Rozhovory nahrané na diktafon byly doslovně přepsány. Výpovědi byly opakovaně pročítány. Byla využita metoda barvení textu. V prepisech rozhovorů byly vyznačeny podstatné úryvky, které se týkaly cíle výzkumu. Těmto výpovědím byly přiřazovány pojmy, které obecně shrnovaly to, co vyjádřili participanté konkrétními slovy. Byly tedy provedeny nejprve postupy rozebrání a konceptualizace v rámci otevřeného kódování. Mnoho konceptů se také u participantů opakovalo nebo bylo téměř shodných, takže se daly sloučit pod jeden pojem. Dalším krokem byla kategorizace údajů získaných otevřeným kódováním, tedy kódování axiální. Toho bylo dosaženo tak, že jednotlivé koncepty byly sdruženy do skupin dle podobnosti. Těchto skupin bylo ale více a opět se mezi nimi daly nalézt analogické souvislosti. Proto byly některé znovu spojeny a označeny nadřazenějším pojmem. Tak vznikly kategorie a bylo dokončeno axiální kódování. Kategorie jsme uspořádali do analytického vztahu. Tento vztah vypadá takto: „A (podmínky) vedou k B (jevu), který vede k C (kontextu), který vede k D (jednání nebo interakcím včetně strategií), které pak vedou k E (následkům)“ (Strauss, 1999, s. 92). V tomto konkrétním případě je to pak takto: *Zkušenost perinatální ztráty* (A, spolu s právě probíhajícím těhotenstvím) vede k určitému *Prožívání těhotenství* (B, jev = centrální kategorie), což vede k nějakým

*Pocitům* (C), ty dále vedou k určitému *Zvládnání* (D) a to vede k určitým *Potřebám* (E).

Poslední částí analýzy dat bylo selektivní kódování. Centrální kategorie byla pojmenována *Prožívání těhotenství po perinatální ztrátě*. Určit centrální kategorii byl poměrně obtížný úkol, protože tato kategorie by měla odpovídat zkoumanému jevu, dobře jej popisovat, být dostatečně široká, aby pojala a vztáhla k sobě i ostatní kategorie (Strauss, 1999, s. 91).

Při interpretaci dat byly použity citáty komunikačních partnerek ze zaznamenaných výpovědí, v textu jsou vyznačeny kurzívou. Pro označení citátů byla použita jména účastnic, která byla z důvodu zachování anonymity změněna.

## Výsledky

### Charakteristika žen

Věkové rozpětí žen bylo 25 - 34 let. Rodinný stav žen v souboru byl čtyři vdané a dvě svobodné ženy. Charakteristika komunikačních partnerek je uvedena v tabulce 1.

### Vytvořené kategorie a podkategorie

Na základě analýzy dat byly stanoveny hlavní kategorie a podkategorie, které popisují zkušenosti účastnic se zkoumaným fenoménem, jejichž přehled ukazuje schéma 1.

Tab. 1 Charakteristika komunikačních partnerek

	Věk	Vzdělání	Povolání	Příčina smrti dítěte	Stáří dítěte v době ztráty	Doba od ztráty k novému těhotenství
Petra	27	SŠ	Ošetřovatelka	Strangulace pupečnicku	40 týdnů	7 měsíců
Hana	34	VŠ	Biofyzik	Strangulace pupečnicku	34 týdnů	9 měsíců
Radka	25	SŠBM	Operátorka	Vrozená vada	22 týdnů	4 měsíce
Judita	30	SŠ	Knihovnice	Abrupce placenty	32 týdnů	18 měsíců
Jitka	28	SŠ	Úřednice	Strangulace pupečnicku	36 týdnů	6 měsíců
Julka	32	SŠ	Kuchařka	Strangulace pupečnicku	37 týdnů	5 měsíců

SŠBM – střední škola bez maturity

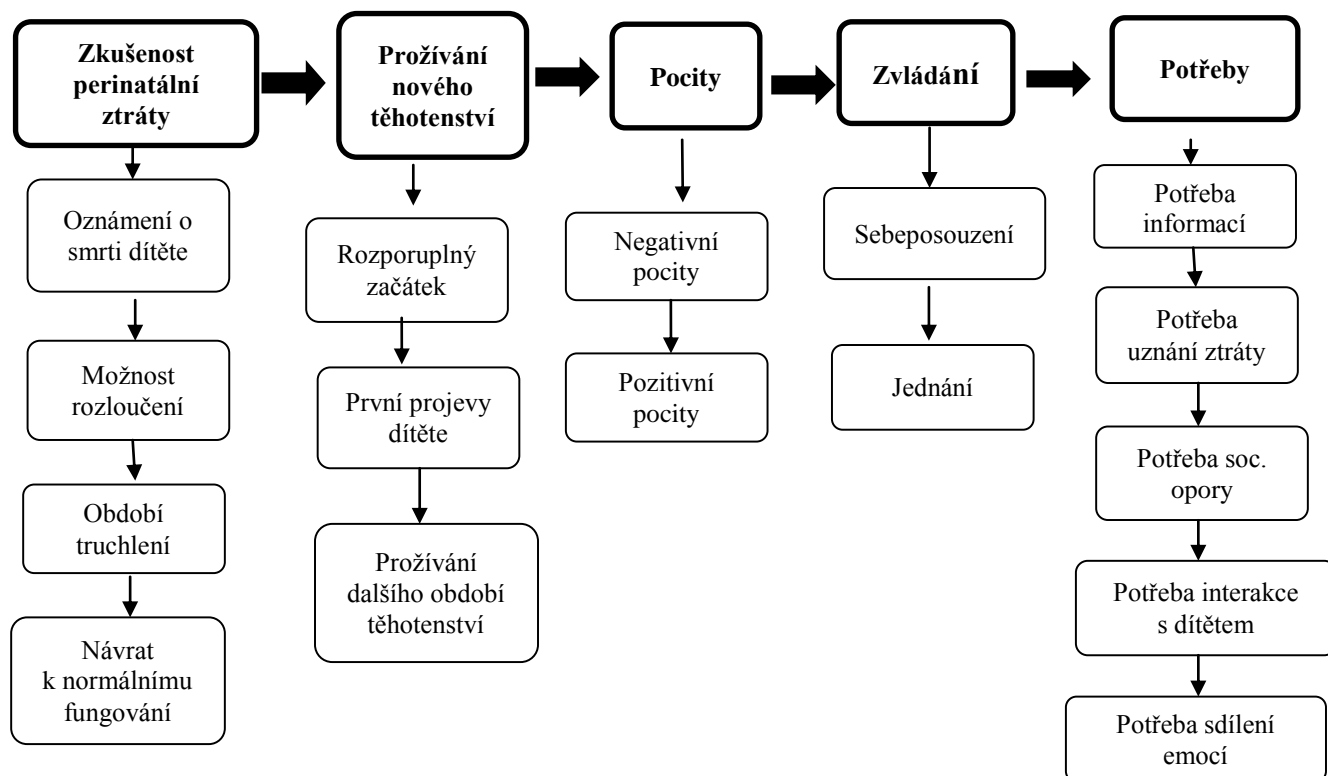


Schéma 1 Vytvoření kategorií a podkategorií

## Kategorie 1 - Zkušenost perinatální ztráty

Vzpomínky na období po ztrátě dítěte byly pro ženy i s odstupem času velmi bolestné.

### Oznámení o smrti dítěte

Oznámení o smrti dítěte vyvolalo u žen psychický šok a popírání. Ženy popisovaly průběh a způsob sdělení informace o smrti dítěte: „*Sestra mi chtěla udělat ozvy a nemohla je najít. Volala doktorku a ta mi udělala ultrazvuk a řekla, že miminko nežije. Nechácala jsem, co tím chce říct*“ (Petra). Další z žen hovořila o okolnostech zjištění komplikací v těhotenské poradně, o celém průběhu a čekání na sdělení diagnózy. „*Šla jsem na běžnou kontrolu a nenašli srdce. Poslali mě do nemocnice a tam to potvrdili, maličká už nežila. Musela jsem ji porodit. Hrozná situace, nepřála bych ji nikomu*“ (Julka).

Typickou reakcí na sdělení nepříznivé zprávy popisovala jedna žena takto: „*Pořád jsem čekala, až mi Mirečka donesou, nemohla jsem uvěřit, že prostě není...*“ (Judita).

Jedna z žen hovořila o dramatickosti situace, kdy přijela do porodnice s krvácením a musela podstoupit akutní císařský řez. Po procitnutí z narkózy se dozvěděla, že její dítě je v ohrožení života a nakonec se ještě musela vyrovnat se sdělením informace o smrti dítěte: „*Hned mě brali na sál, svlíkali mě na lehátko, bylo to strašné, ptala jsem se, co se děje a jen mi říkali, že problém s placentou a je třeba udělat císařský řez. Malý nedýchal, hned ho převáželi na JIPKU do jiné nemocnice, ale bylo pozdě, zemřel*“ (Judita).

### Možnost rozloučení

Náhlost situace a další okolnosti měly vliv na rozhodnutí a také možnost rozloučení se s dítětem. Ženy na danou situaci nebyly předem připraveny: „*Já jen vím, že jsem to chtěla mít co nejdřív za sebou... A nikdo mě předtím nepřipravil na to, že bych se třeba na ni mohla podívat*“ (Jitka). Jedna z žen se setkala s nevhodným přístupem lékaře, který ji i přes její prosbu dítě vidět nevyhověl: „*Když jsem se potom ptala, jestli můžu malou vidět, tak mi doktor řekl, že by to nebylo vhodné a že by TO ani dítětem nenazýval, že to mám brát jako potrat...s odstupem času si myslím, že to nebylo vhodné a asi bych potom pořád nepřemýšlela nad tím, jak asi vypadala.*“ (Radka). Další z žen hovořila o zkušenosti, kdy jí nebylo doporučeno ze strany lékaře dítě vidět, místo podpory a možnosti vyjádření emocí byla farmakologicky tlumena: „*Ani manžel se nepodíval, hned ho odnesli, lékař se mě sice zeptal, jestli ho chci*

*vidět, ale že by mi to spíš nedoporučil, tak si říkám, jestli to bylo dobře. Od ostatních maminek vím, že se na svoje miminko mohli podívat...doktor mě chtěl ušetřit, hned mi dávali injekce na uklidnění*“ (Hana).

Dvě ženy měly možnost se s dítětem rozloučit a byla jim poskytnuta potřebná podpora ze strany personálu: „*Po porodu se mne sestra zeptala, jestli ho chci vidět. Dost mě to překvapilo, ale nebyla jsem toho schopná. Pořád jsem si myslela, že to nemůže být pravda, že se něco stane a já uslyším pláč, ale nestalo se to. Potom přišel manžel. Rozhodli jsme se, že chceme Románka vidět. Přivezli nám ho v postýlce, byl nádherný, jako by spal. Byli jsme tam všichni tři spolu, brečeli jsme...*“ (Petra). Možnost dítě vidět, ohodnotila také druhá z žen zpětně pozitivně: „*Nejdříve jsem o tom nechtěla vůbec slyšet, ale sestra na sále mi říkala, ať o tom přemýšlíme, že ji odvezou za dvě hodiny. Nakonec jsme se rozhodli, že ano. Přivezli nám ji v postýlce, vypadala, jako by spala. Mohli jsme si ji i pochovat. Jsem za to moc ráda*“ (Julka).

### Období truchlení

Návrat domů bez dítěte byl velmi náročný pro všechny ženy, následovalo období truchlení. Nejhůře popisovaly návrat z porodnice: „*Nic mi nepomáhalo, strašně to bolelo, jen jsem ležela, nechtěla jsem vůbec nikam chodit, až mě jednou přítel donutil*“ (Jitka). Paní Radka uvádí: „*Myslím, že to byl opravdu psychický šok, dlouho jsem nebyla schopna normálně fungovat*“ (Radka). Truchlení komplikoval jedné z žen i zhoršený zdravotní stav a poporodní komplikace: „*Mě pustili domů, pak byl pohřeb, já to nezvládla, dostala jsem horečky a zánět, musela jsem zase do nemocnice na antibiotika, doma potom to prázdně, manžel všechno uklidil, já to zase vyťahovala. Bylo to příšerné, dlouho jsem se z toho vzpamatovávala...*“ (Judita).

Jedna z žen hovořila o zklamání z reakcí okolí a pozitivně hodnotila možnost vrátit se do práce, která jí pomohla překonat bolest ze ztráty: „*Myslím, že první měsíce jsem byla jako stroj, jen jsem fungovala. Vyhýbala jsem se lidem a hodně se nám tím protřídili kamarádi. Po čase zjistíte, že pro okolí je téma vašeho miminka uzavřeno, nechtějí se s vámi o něm bavit, dělají, že se nic nestalo ... což Vás strašně vytáčí, protože o svých mrtvých rodičích a příbuzných se baví a vzpomínají na ně. Hodně mi pomohl návrat do práce. Člověk zaměstná mysl a musí se snažit soustředit*“ (Hana).

V období truchlení popisovaly ženy různé reakce. Převažovalo sebeobviňování, hledání viníka, pocity beznaděje a zlosti: „*Nepomáhalo mi nic, bylo to*

hrozné, pořád jsem tomu nevěřila, doufala jsem, že se něco stane, postupně jsem pochopila, že je to opravdu pravda, byla jsem zlá na sebe, na doktora, na všechny kolem sebe“ (Petra). Paní Judita uvádí: „Přemýšlíte, pořád řešíte proč a co kdyby a tak. Výčitky, myla jsem okna, uklízela, nestalo se to proto? A cítíte, že lidi se na Vás dívají jinak, neví, co říct, to mě zraňovalo, já to chtěla vykřičet do celého světa. Přemýšlíte o tom, o čem ten život vlastně je.“ Sebeobviňování prožívala i paní Radka: „Já měla ze začátku šílené stavy, výčitky, že jsem jí nedala šanci se narodit, dodnes se s tím biju...“ (Radka).

Vlastní selhání jako ženy mělo vliv na pocity viny vůči partnerovi, který byl pro všechny ženy hlavní oporou: „Trápilo mě, že nejsem schopna dát dítě chlapovi, kterého miluju, že život bez dítěte nezvládnou, že takový život nemá cenu. Byla jsem opravdu psychicky hodně špatná“ (Julka). Jedna z žen byla v tak špatném psychickém stavu, že byla nucena využít pomoc psychiatra: „Nakonec jsem skončila u psychiatricky, nasadila mě antidepresiva. Bála jsem se toho, ale musím říct, že to opravdu zabralo. Byla jsem schopna jít a začít chodit mezi lidi. Co bylo nejhorší, bylo pozorovat matky s dětma. A tomu se nevyhnete. Trápila mě závist, že oni všichni kolem děti mají a nám to prostě není dáno“ (Julka).

### Návrat k normálnímu životu

Ženy hledaly různé možnosti, které by jim mohly pomoci vrátit se k normálnímu životu: „A potom jsem nějak našla sílu jít dál a pomáhalo mi být mezi kamarádkami. Ony se mě snažily vyhábat, ale já jsem chtěla vidět ty jejich děti. Člověk po čase pochopí, že s tím prostě nic neudělá, je třeba žít dál“ (Jitka). Pochopení situace a získání nadhledu trvalo různě dlouhou dobu. Jedna z žen, která od ztráty dítěte chodila každý den na hřbitov, hovořila o zlomu, který nastal v jejím myšlení: „Od té doby už jsem na hřbitov nešla, řekla jsem si, že musím z toho smutku ven a musím začít něco dělat, jinak skončím v léčebně pro duševně choré“ (Judita). Odhodlání pro další těhotenství bylo motivací pro získání duševní rovnováhy: „Věděla jsem, že se musím vzpamatovat, abych vůbec mohla otěhotnět“ (Radka).

Změna stereotypů a snaha o změnu životního stylu pomohla zvládnout situaci jedné z žen: „Nejdříve jsem jen přežívala, potom zaměřeni na nové koníčky, cvičení, zumba, hubnutí, morče, pochopila jsem, že musím prostě žít dál. První týdny po porodu mám slité v jednu velkou černou díru“ (Hana). Další z žen hovořila o podpoře kamarádky, která v ní vzbudila zájem o esoteriku: „Kamarádka mě objednala k takové paní, která se zabývá alternativní medicínou.

*I když já na takové věci moc nevěřila, musím říct, že se mi po jejím sezení dost ulevilo. Ale prostě něčemu uvěřit musíte. Jinak bych skončila na psychině“ (Petra).*

Všechny ženy přiznávaly pozitivní účinek uplynulého času, který pomohl zmírnit duševní krizi: „Ale je pravda, že se říká, že čas je nejlepší lék. Ne, že bych na to zapomněla, to ne, ale časem to přestane tolik bolet“ (Julka). Paní Hana uvádí: „Časem zjistíte, že čas opravdu pracuje pro Vás a pomáhá bolest malinko zmírnit, ale podotýkám, že bolest je to stále hrozná a troufám si říci, že je to moje doživotní trauma“ (Hana).

## Kategorie 2 - Prožívání nového těhotenství

Nové těhotenství se stalo další zátěžovou situací v životě žen. Vnímání tohoto období bylo u žen individuální.

### Rozporuplný začátek těhotenství

Všechny ženy hovořily o pocitu úlevy, který se dostavil, když se jim podařilo otěhotnět: „Naštěstí jsem otěhotněla brzy a to mi pomohlo. Víím, že musím být silná pro naše další dítě“ (Radka).

Předchozí negativní zkušenost měla vliv na přijetí zprávy o těhotenství a ženy vzpomínaly na rozporuplný začátek těhotenství: „Spíš ten strach tam byl. Nějak jsem se snažila připravit na to, že to nemusí být dobré, že třeba ještě potratím, nebo tak něco. Bála jsem se úplně tomu uvěřit, že je to pravda“ (Jitka). Strach z případného neúspěchu vedl k tomu, že první trimestr těhotenství ženy nesdělily těhotenství svému okolí: „Nikomu jsme nic neřekli, chodila jsem i do práce..., po těch zkušenostech jsem si řekla, že stejně, co se má stát to se stane“ (Judita). Paní Jitka uvádí: „První myšlenka byla, že to neřeknu nikomu, až do porodu... ten strach tam byl“.

U žen se objevovaly ambivalentní pocity: „První vlnu štěstí vystřídal až panický strach, člověk se těší, ale zároveň si zakazuje se těšit“ (Hana). Paní Radka uvádí: „Nejhorší byl ten začátek, zjištění, že jsem těhotná, držet v ruce těhotenskou průkazku bylo utěšující a zároveň jsem se zase bála všech těch testů, už jsem nechtěla jít na žádnou plodovku...“

### První projevy dítěte

Subjektivní vnímání prvních projevů dítěte vyvolalo u všech žen první pozitivní reakce. Ženy o okamžiku prvních pohybů hovořily emotivně, potvrzovaly si tím své těhotenství. Byl to pro ně významný okamžik v jejich těhotenství: „Trochu se mi ulevilo, když jsem začala vnímat pohyby. Hezký pocit to byl...“ (Jitka).

„Úžasné bylo cítit pohyby, já je cítila už v patnáctém týdnu“ (Judita).

Jedna z žen v této oblasti hovořila i o opačných pocitech, kdy ji pocity v tomto období zatížily a vyvolaly vyšší míru stresu: „Na jedné straně mě to uklidňuje, že dává o sobě vědět, na druhou stranu mě to stresuje, jestli je v pořádku“ (Hana).

### Prožívání dalšího období těhotenství

Prožívání dalšího období těhotenství bylo srovnáváno s minulým těhotenstvím. Ženy popisovaly psychickou zátěž: „Jsem prostě ráda, že jsem ráda, že se jakž takž držím a že jsem se ještě nezbláznila“ (Jitka)....

Ve výpovědích žen se objevovalo negativní vnímání času v průběhu těhotenství: „Celé se to strašně vleče, to mi přijde nejhorší, počítám dny do konce, chci mít živé miminko a nemůžeme se dočkat“ (Jitka). „Nejradši bych usla a probudila se s miminkem u sebe. Je to možná směšné, ale mám takový malý kalendář, kde si odškrtvám každý den do porodu“ (Judita).

Také očekávání porodu bylo zmiňováno jako stresující. Jen jedna z žen hovořila o tom, že by chtěla rodit přirozeně: „A jak budu rodit nevím, ale císaře bych nechtěla, jestli si budu moct vybrat, tak radši vydržím vyvolávačku. Bolesti se nebojím, to už jsem si zažila“ (Jitka). Většina tedy plánovala porod císařským řezem a ani neprojevovala zájem o aktivní přípravu na porod. V rozhodnutí o preferování operačního porodu, hrál velkou roli strach a obavy o zdraví dítěte: „Hlavně chci, aby to bylo bezpečné pro nás pro oba... hlavně chci mít svoje živé miminko...“ (Radka).

Ve výpovědích se objevovaly také pocity nejistoty a nemožnosti ovlivnit rozhodnutí o vedení porodu: „Chtěla bych už vědět, jak budu rodit, ta nejistota mi moc na psychice nepřidá a můj doktor řekl, že o tom se bude rozhodovat v porodnici, mám se tam zajít domluvit za dva týdny“ (Hana). Paní Julka uvádí: „Nevím, jak budu rodit. To mě taky docela deptá. Chci císaře, je to bezpečnější....“

Jen jedna z žen ze souboru zvolila možnost aktivní přípravu na porod, kterou hodnotila velmi pozitivně: „Povídám si s ním pořád, pouštím mu hudbu, hladím břicho, chodím na těhotenské masáže, teď na kurz pro těhotné, je to fajn. Ležíme, učíme se dýchat, relaxujeme“ (Radka).

### Kategorie 3 - Pocity

Každodenní realita života přinášela ženám situace, při nichž zažívaly různé pocity (pozitivní i negativní), které je vyváděly z duševní rovnováhy.

#### Negativní pocity

Ženy nejčastěji uváděly strach a úzkost. „Určitě je tam mnohem větší strach než normálně má být. A to miminku moc nesvědčí...“ (Petra). „Je tu pořád větší úzkost, aby bylo vše v pořádku. Nejhorší je, že někdy ani nevím, proč mi je tak, jak bych to řekla, tak stísněně“ (Julka). Paní Judita má strach z opakování situace: „Pokaždé, když jdu na záchod a není tam na kalhotkách žádná krev, tak mě na chvíli zaleje takové příjemné teplo. Mám strach, že by se to třeba mohlo opakovat...“

Jedna z žen hovořila o panickém strachu, který jí brání v prožívání těhotenství: „Mam opravdu panický strach. Prostě je to jiné a už to nikdy nebude to bezstarostné těšení se na příchod miminka“ (Hana).

Z negativních pocitů se ve výpovědích žen objevovaly pocity nejistoty a ohrožení. Jedna z žen hovořila o zlých představách spojených se strachem o dítě: „...přesto se pořád bojím. Začnu si třeba představovat, že se miminko omotává do šnůry, z toho mi je úplně slabě a hned jdu poslouchat srdíčko“ (Jitka). Další z žen popisovala střídaní nálad, které připisovala hormonálním změnám v těhotenství: „Je to různě, ty hormony kolísají a podle toho moje stavy radosti a beznaděje. Někdy se mi nechce ani vstát a mám sevřený žaludek a strach a hrozně se bojím, aby se něco nestalo, jindy jsem zase v pohodě.“ (Jitka).

Snaha o zakrývání negativních pocitů před okolím i partnerem se také objevila ve výpovědích žen. Objevovaly se pocity viny za objevování negativních pocitů: „Chci dát naší fazolce klid, ale někdy se to nedá, přepadají mě představy, o kterých radši nemluví. Snažím se tvářit spokojeně, abych netrápila manžela, ale taky to pořád nejde. Někdy bulím do polštáře“ (Judita).

Náročnost těhotenství vedla i k pocitům úbytku energie a větší potřebě odpočinku a problémům se spánkem: „Bývám dost unavená... Docela často se budím. Ten spánek není úplně nejlepší“ (Judita). Právě v noci se u žen objevuje strach z průběhu těhotenství: „V noci bývají právě ty chvíle, kdy je ticho a čas přemýšlet, v hlavě problikávají různé věci, vzpomínky, strach z budoucnosti, možnost, že bude miminko postižené, jak bude ten život dál probíhat“ (Hana). Také paní Petra uvádí: „Někdy mám sílené

dny, nebo spíš noci, kdy se až panicky bojím, aby bylo všechno dobré.“ S negativními sny se setkala paní Julka: „Předevčírem se mi zdál takový hnusný sen, že se něco stalo miminku, vzbudila jsem se celá opocená, třásla jsem břichem, dokud se miminko nezačalo hýbat, pak jsem si říkala, že se z toho asi opravdu zblázním.“

#### Pozitivní emoce

Z pozitivních pocitů se ve výpovědích respondentek objevovaly pocity radosti, štěstí, naděje, lásky, touhy. Hlavním zdrojem pozitivních pocitů byl normální průběh těhotenství a prospívání dítěte: „Mám radost z toho, že hezky roste a vypadá to, že mu nic nechybí, hrozně se na něho těším“ (Judita). Pozitivně byly vnímány dobré výsledky prenatalních kontrol, přinášely uklidňující pocity. Kladně byla hodnocena možnost vidět dítě během ultrazvukového vyšetření: „S manželem nám tekly slzy štěstí“ (Hana).

Pocit uspokojení vyvolávala možnost kontrolovat pohyby dítěte a komunikace s dítětem: „Každý pohyb miminka je obrovská úleva. Povídám si s naší fazolkou a prosím jejího bratříčka, aby na nás dával pozor. Hladím břicho, koupili jsme hračku, takového plyšáka s melodií pro novorozence, pouštíme mu to“ (Hana). Představy o dítěti a přemýšlení o budoucnosti patřily také ke kladným pocitům těhotných žen: „Ted' už i koukám do pokojíčku a představuju si, až tam bude to naše miminko“ (Petra).

#### Kategorie 4 - Zvládání

Každodenní situace vyvolávaly u žen různou míru zátěže. Pro zvládání tohoto úkolu musely ženy vyvinout určité úsilí a pokusit se o nalezení vhodného typu zvládání. Tyto strategie byly individuální a jedinečné u každé z žen, ale daly se identifikovat určité společné znaky.

#### Sebeposouzení

Sebeposouzení zahrnuje popis uvědomění vlastních emocí a zátěžové situace. Zde se opět v různých situacích a vzhledem k postupnému vývoji těhotenství vyskytovaly různé reakce: „...střídají se období depková a nedepková. To jsem u malé nezažila“ (Jitka). Jedna z žen hovořila o nadměrné zátěži, kterou se pro ni těhotenství stalo: „Je to opravdu stresující období, určitě to není takové, jak by to mělo být. Bojím se dívat do budoucnosti, bojím se otevřít zásuvky s dětským oblečením, které bylo připravené pro našeho chlapečka“ (Hana). Docházelo i k racionálnímu zhodnocení situace:

„Říkám si, že po tom všem, co mám za sebou, mám na ty svoje splíny určitě nárok“ (Petra).

#### Jednání

Pokud si ženy dokázaly zatěžující situace uvědomit a přiznat, docházelo k určitému jednání, které mělo vliv na zvládání zátěže. Všechny ženy přiznávaly, že v krizových obdobích jim pomáhala i víra v „něco“: „Po svém modlím každý den. Pomáhá mi to trochu, že mě snad něco ochraňuje a už nedovolí, aby se něco špatného stalo“ (Jitka). „Začala jsem hledat oporu v různých věcech a uvěřit, že existuje nějaký posmrtný život, bylo těžké, ale určitě je to s tímhle vědomím snesitelnější“ (Radka).

Snaha o hledání opory ve víře se také objevovala u paní Judity: „Věřím, že něco existuje, taky jsem na netu našla spoustu článků o minulých životech, andělech, reinkarnace a tak, trochu mě to uklidňuje, ale stejně je pro mě těžké tomu věřit“. Jedna z žen hovořila o změně, kterou zaregistrovala ve svém myšlení po smutné zkušenosti v minulém těhotenství: „Čtu si knihy, jím lněné semínko, mám připravená homeopatika, ale těm moc nevěřím a proto na mě asi neúčinkují. Neřeším jenom sebe, vím, že už ted' bych udělala a vydržela cokoliv pro naše miminko..... A to já předtím taková nebyla“ (Hana).

Jen jedna z žen byla nucena využít odbornou pomoc psychiatra a užívat léky po celou dobu těhotenství: „Beru antidepressiva, chtěla jsem je vysadit, ale moje psychiatricka mi to nedoporučila, stejně jsem na tom začátku snížila dávkování, ale vraceli se mi ty šílené stavy úzkosti, tak jsem na práscích a je to snesitelné“ (Julka).

Jedna z žen hovořila o tom, že možnost vykonávat svou profesi i během těhotenství ji pomáhala zvládat psychickou zátěž: „Proto jsem taky ráda, že jsem zvládla ten návrat do práce, protože na ty myšlenky není tolik času“ (Judita).

#### Kategorie 5 - Potřeby

##### Potřeba medicínské péče

Potřeba medicínské péče patřila k nejčastěji zmiňovaným potřebám. Po provedených kontrolách prožívaly ženy klid: „Když mi doktor řekne, jo je to všechno oukej, tak mě to jako tak víc uklidní. Aspoň na chvíli“ (Jitka).

Důležitá byla pro ně také důvěra v lékaře a lidský přístup: „Myslím, že je velmi pečlivá a mám k ní důvěru. A vlastně mi taky naznačila, že mohu kdykoliv přijít, když budu chtít. To mě tak jako dost potěšilo. Ten zájem. Nepřipadám si tam, jako kus masa. Ona má takový lidský přístup“ (Judita).



Podobně uvádí také paní Hana: „*Ale mám skvělého lékaře a mohu se na něj kdykoliv obrátit, je to specialista, kterému opravdu důvěřuji. A to mi také dost pomáhá. Uvítala bych více prohlídek. Myslím tím častější kontroly.*“

#### Potřeba informací

Potřebu informací zmiňovaly ženy v souvislosti s celým obdobím těhotenství: „*Jsem ráda, že mi všechno vysvětlí a že se ho nemusím bát zeptat a že bere ohled na moje názory, to fakt není standard u všech doktorů. S tím mám taky zkušenost*“ (Jitka). Kladně byl hodnocen hlavně empatický přístup personálu při sdělování informací: „*A jsem ráda, že na mě má dost času. Na ultrazvuku mi všechno ukáže a vysvětlí. I co mě čeká při příští kontrole a na co si mám dávat pozor a tak*“ (Radka). „*Sestřička je taky fajn, vždycky mi řekne, co bude příště a tak. Cítím se tam dobře*“ (Petra). Také upřímnost a otevřenost lékaře byla zmiňována a kladně hodnocena: „*Oceňuji, že mi nic nezatajuje, seznámil mě se všemi riziky a důvody proč mi doporučil nějaká vyšetření navíc. Bere mě jako partnera a vždycky se mě ptá na můj názor. A to i přes to, že jsem mu hned řekla, že budu dělat všechno, co mi doporučí*“ (Hana). Zlehčování své situace a nedostatečnou informovanost hodnotila jedna z žen negativně: „*Jsem nervózní z porodu... Můj doktor mi na moje otázky nedokáže odpovědět. Jen mi říká, ať se nestarám, že to se bude řešit v porodnici. Ale já bych to chtěla vědět...*“ (Julka).

#### Potřeba uznání ztráty dítěte

Všechny ženy vyjadřovaly potřebu uznání ztráty dítěte, zachování vzpomínek na zemřelé dítě: „*Vadí mi to, že všichni mi říkají, že mám teď myslet na to, že to bude vše v pořádku, a že mám myslet na miminko v bříšku a trochu najevo mi dávají, abych na malou zapomněla, ale to nemůžu a ani to nejde. To mně taky strašně vadilo a vadí, že ti lidi to neberou tak nějak vážně*“ (Jitka).

Ženy vyjadřovaly svou lítost a smutek nad svou ztrátou dítěte. A to i přes to, že jejich současné těhotenství probíhalo bez větších komplikací. Vzpomínky na dítě se staly každodenními myšlenkami, se kterými většinou zůstávaly samy. Spíše potlačovaly svou potřebu je navenek prezentovat: „*Nikdy na Mirečka nemůžu zapomenout, i když tu byl tak krátce... všichni kolem si myslí, že když jsem těhotná, tak je všechno vyřešeno. Není to lehké.*“ (Judita). „*A teď si všichni oddechli, ha je těhotná, tak o malé nepadne ani slovo. To taky strašně bolí*“ (Radka). Také paní Hana necítí

podporu své rodiny: „*Naopak se dost straním rodině, protože překvapivě mamce i tchýni dělá problém mluvit o našem chlapečkovi a místo, aby mě vyslechly, naopak moje obavy zlehčují a snaží se mi neustále udělovat rady. Vím, že to nemyslí špatně, ale chybí mi ta možnost, vybrečet se občas na jejich rameni, aniž bych dostala rady, o které nestojím*“ (Hana).

Často se ve výpovědích objevovalo rozčarování nad reakcemi okolí. Jedna z žen hodnotila pozitivně možnost hovořit o svých pocitech s kamarádkou: „*Hodně mi pomohla ta moje kmoška. Byla snad jediná, kromě manžela, která byla schopna o Románkovi normálně mluvit a hlavně mě poslouchat a dodnes je. Vytáčí mě, že každý v klidu mluví o mrtvém strýčkovi, ale moje miminko, jako by pro nikoho neexistovalo*“ (Petra). Ženy hovořily také o krizových okamžicích v období výročí spojených s minulou zkušeností. Jedna z žen hovořila o tom, jak ji potěšilo to, že si na výročí vzpomněla i její matka: „*Každý den na svoji holčičku myslím, není dne, abych si na ni nevzpomněla. Případá mi, že ostatní už na ni zapomněli a to mi je líto. Jen mamka si vzpomněla, že by měla malá svátek. Potěšilo mě to. Pro mě bude navždycky mít místo v mém srdci. Pořád srovnávám ty jiné děti a myslím na ni, že by už byla tak velká*“ (Julka).

#### Potřeba sociální opory

Ženy hodnotily jako velký zdroj podpory svůj partnerský vztah: „*Hrozně moc mě podporuje, bez něho bych to těžce zvládala*“ (Judita). „*A jsem ráda, že mám manžela, který je ke mně vnímavý a když na mě vidí, že nejsem ve své kůži, umí mě obejmout a nemusím nic říkat*“ (Radka). „*Manžel mě celou dobu drží nad vodou. Snažila jsem se odpočívat, spát, manžel doma dělal všechno, nejrady by mě uložil na celé těhotenství do lůžka a staral se o mě, jako o mimino.*“ (Petra).

I když opora partnera byla pro všechny ženy velmi významná, u jedné z žen se ve výpovědi objevily obavy zatěžovat partnera svými starostmi: „*A s manželem rozebíráme různé věci, ale všechno mu taky nebudu říkat. Je rád, že beru ty léky a jsem jakž takž v pohodě. Spíš si to někdy nechávám pro sebe, ať nejsem za úplného blázna*“ (Julka). Také se ve výpovědích objevovaly pocity viny, které způsobovala velká fixace na partnera a potřeba jeho podpory.

Vděčnost za přátelskou oporu v průběhu celého těhotenství popisovala další z žen: „*Úplně nejvíc mi pomohla moje kamarádka, ač sama nemá děti, dokázala mě poslouchat a neradila, jen poslouchala,*



*byla tu pro mě. Teď vím, že jsem ji musela strašně emocionálně vysávat, ale nikdy mi nic nevyčetla a vím, že se na ni mohu kdykoliv obrátit a vždycky si čas na mě najde“ (Petra).*

### Potřeba interakce s dítětem

Potřeba interakce s dítětem byla saturována především možnostmi kontroly pohybů plodu: „*Ale jak začaly ty pohyby, tak jsem si řekla, že pro to udělám všechno, co bude třeba. Povídám si s miminkem, když brečím, tak se mu omlouvám, že to není kvůli němu... Nejradši bych byla na ten ultrazvuk napojená pořád“ (Judita).* Jedna z žen popisovala svou snahu o vnitřní napojení na dítě a jakousi komunikaci s ním, která jí také pomáhala: „*A myslím, že tak nějak cítí, jak se cítím já. A líbí se mu, jak si mažu břicho krémem, to vždycky se tak začne více hýbat...“ (Julka).* Uklidňujícím dojmem působila také možnost v domácím prostředí kontrolovat srdeční akci dítěte pomocí elektronického monitoru ozev: „*Poslouchám srdíčko, dělám to od dvanáctého týdne každý den“ (Jitka).* „*A zase mi moje zlatá kámoška sehnala přístroj na poslouchání srdíčka, tak poslouchám každý den.“ (Petra).*

### Potřeba sdílení emocí

Potřeba sdílení pocitů se objevila u všech žen. Sdílet své pocity mohly s partnerem, rodinou i přáteli: „*Svěřit se můžu holkám na emiminu, něco řeknu příteli, něco kámošce. S mamkou toho taky docela dost proberem. Ale všechno ne, to víte, že všechno ne“ (Jitka).* Jedna z žen hovořila o své zkušenosti zvládání, kdy jí uklidňovala otevřená komunikace s vlastní matkou.

O zkušenostech se sdílením svých pocitů na diskusních fórech internetu se zmiňovaly všechny ženy a hodnotily tuto možnost jako příznivou: „*Probíráám si to sama se sebou nebo se vypíšu na andělských maminkách“ (Radka).* *No a taky mi hodně pomáhá diskuze Prázdná náruč. Nepřipadám si divná, když se bojím hledat jméno pro miminko a nic nepřipravovat. Je to skvělá podpora a jsem za ni vděčná, myslím, že i díky této diskuzi jsem nemusela vyhledat pomoc psychologa“ (Hana).* Pozitivně byla hodnocena především podpora jiných matek, které byly ve stejné situaci. Proto se dokázaly nejlépe vcítit do jejich stavu a hlavně dodat podporu a naději. Velmi pozitivně působila zejména skutečnost, že už porodily zdravé dítě: „*Dost mi pomohlo psát si s holkama na internetu, kterým se přihodilo to, co nám. A povzbudilo mě to, že některé už mají živé miminko. Spoustu věcí jsem třeba ani nemohla říct té kámošce.“ (Petra).*

### Diskuse

Pocity matek, které otěhotněly po předchozím neúspěchu, jsou různé. Některé mají problém se emočně angažovat v tomto těhotenství (co kdyby to zase špatně dopadlo) a některé ho prožívají jako jedinečné. Nové těhotenství bývá obtížnější, přináší obnovu předchozího žalu (Ratislavová, 2008, s. 30).

Ženy z našeho výzkumného souboru hovořily o náročném prožívání tohoto období. Při zpětném hodnocení a vzpomínkách na období ztráty bylo významným tématem, o kterém se ženy zmiňovaly, téma rozloučení s dítětem. **Možnost rozloučení s mrtvým dítětem**, nebo poskytnutí podpory k tomuto kroku neměly všechny ženy. Projevila se skutečnost, že stále mezi poskytovateli péče není pro tuto situaci zaveden jednotný postup. Záleží pouze na vlastním rozhodnutí konkrétního poskytovatele péče, zda rodiče podpoří v kontaktu s mrtvým dítětem. Ženy, které nebyly v kontaktu se svým dítětem po ztrátě, vyjadřovaly zpětně svou lítost nad touto skutečností.

Umožnit matce vidět své mrtvé dítě vyžaduje **citlivé vedení poskytovatelů péče**. K aktivnímu vedení patří vědomá přítomnost, podpora vyjádření emocí a ochota personálu usnadnit a normalizovat kontakt s dítětem. Tyto intervence mohou poskytovat dlouhodobé přínosy pro matku a pomáhají minimalizovat riziko patologického smutku. I přes nejednotnost v názorech o vhodných postupech v situaci perinatální ztráty se zdá, že **možnost vidět a držet mrtvé dítě** bývá spojena s menšími příznaky úzkosti a deprese, i když tento příznivý účinek nemusí přetrvávat v dalším těhotenství. (Cacciatore, 2012, s. 76-82).

Samotná zkušenost perinatální ztráty byla pro všechny ženy **psychickým traumatem** a s vysokou pravděpodobností jím zůstane po celý zbytek života.

Analýzou rozhovorů bylo také zjištěno, že významná pro ženy po perinatální ztrátě, je **přesná informace o příčině smrti dítěte**. Toto sdělení všechny ženy obdržely. Bylo to však v krátkém časovém intervalu po ztrátě, v období intenzivních emocí. Ženy vyjadřovaly **potřebu o projevení zájmu poskytovatelů péče** a své touze získat doplňující informace o příčině smrti dítěte. Další ženy po propuštění z porodnice nikdo nekontaktoval. Z analýzy vyplynulo, že zájem profesionálů v dalším časovém odstupu byl očekáván, ale bohužel nebyl realizován.

Rodičovská **nespokojenost s mírou informací** a obdrženou podporou po ztrátě dítěte je běžná. Setkání s rodiči by mělo proběhnout, když jsou známy

výsledky pitvy. Toto setkání umožní **diskuzi o příčinách smrti** a poskytne příležitost zmírnit pocity viny. V tomto období je také vhodné pohovořit s rodiči o **normálním průběhu truchlení**. Rodiče by měli také obdržet informaci o tom, že blízcí přátelé a rodina nemohou pochopit hloubku jejich žalu, protože si nemohli vytvořit vztah k nenarozenému dítěti. Měli by také být upozorněni, že doba truchlení může trvat různě dlouhou dobu, což se nemusí setkat s pochopením blízkých osob, které u nich po určité době budou očekávat zapojení do normálního života. V této době je také vhodné doporučit **plánování dalšího těhotenství** nejméně šest měsíců po perinatální ztrátě.

Patologické truchlení má několik příčin a obvykle vzniká jako následek nedostatečné podpory a nedostatku zájmu pečovateli. Tento nezáměr vede k přehlédnutí indikace k psychiatrickému vyšetření a terapii. Jsou různá doporučení na počet setkání s rodinou po perinatální smrti. Obecně se doporučují tři schůzky. Jedna v době úmrtí, druhá o dva až tři dny později a třetí za tři až šest měsíců po ztrátě. Tyto rozhovory mohou pomoci rodičům interpretovat jejich myšlenky, smutek, pocity viny nebo hněv. Tyto postupy se jeví jako ideální, ale nemusí být praktické pro rodiče, kteří žijí daleko od poskytovatele péče. Toto řešení může být také složité pro vyčerpání poskytovatele péče. Za těchto okolností může být účinná i **telefonická konzultace**. I takto projevený zájem během tří týdnů po ztrátě může pomoci rodičům odpovědět na mnoho otázek a zabránit vzniku problémů, které se mohou vyskytnout v období dalších měsíců (Canadian Pediatric Society, 1983, s. 335–339).

Období perinatální ztráty bývá provázeno komplexem emocionálních reakcí. Nejčastěji se projevuje jako **smutek u obou rodičů**. Často je však vyjádřen jinak u mužů a jinak u žen a to jak v intenzitě, tak době trvání. Smutek je výrazem ztráty a je ovlivňován kulturou, náboženstvím a tradicemi. Neexistuje žádný předepsaný časový rámec pro délku truchlení po perinatální ztrátě. Pozitivní vliv může mít pro pozůstalé rodiče vytvoření vzpomínek, pojmenování dítěte, možnost podržet dítě a uspořádat pohřeb. Tyto úkony mohou pomoci snížit intenzitu a dobu trvání zármutku spojeného s perinatální ztrátou (Fenstermacher, 2013, s. 1-12).

Vzpomínky na ztrátu dítěte pravděpodobně způsobí krátká období smutku po mnoho let. Někdy je žal pohlcující, ale zase odchází a rodiče začnou cítit určitou kontrolu a stabilitu ve svém životě. (Ratislavová, 2008, s. 77).

V období po ztrátě dítěte i celém těhotenství ženy oceňovaly především podporu, která jim byla dodávána ze strany partnera. **Psychická zátěž otce dítěte** nebyla předmětem zkoumání, přesto se tato oblast vynořila jako významná a bylo by zajímavé zabývat se i prožíváním partnerů žen. I když bylo období truchlení pro ženy velmi náročné, po určité, poměrně krátké době všechny dospěly k rozhodnutí, pokusit se znovu otěhotnět. Ženy očekávaly, že další těhotenství se stane prostředkem, který jim může pomoci **překonat žal ze ztráty**. Všechny ženy otěhotněly poměrně brzy po ztrátě, otázkou zůstává, zda byl v okamžiku otěhotnění u všech dokončen proces truchlení.

Informace a doporučení vhodného načasování těhotenství, byla poskytnuta ve všech případech gynekologem, který hodnotil především zdravotní stav. O psychické stránce tohoto rozhodování s ženami nikdo nehovořil. Převládalo tedy spíše doporučení a rozhodnutí bylo ponecháno na ženě samotné. **Těhotenství následující po perinatální ztrátě** se stalo zátěžovou životní situací, obdobím dlouhodobějšího emocionálního vypětí.

Z výsledků průzkumu názorů porodníků v USA, který se zabýval otázkou vhodného načasování dalšího těhotenství po perinatální ztrátě, vyplývá, že nejlepších perinatálních výsledků je dosahováno v těhotenství následujícím nejméně šest měsíců, nejlépe i více než 18 měsíců po ztrátě (Gold et al., 2010, s. 202).

Ženy hovořily o svých pocitech, které jsou podrobně popsány ve výsledcích. Podstatné je, že analýzou bylo zjištěno, že těhotenství po perinatální ztrátě je zatíženo větší mírou negativních emocí, především úzkostí, strachu a stresu.

Perinatální ztráta může mít zničující vliv na duševní zdraví a míru úzkosti u ženy a možná i u jejího partnera. Uvědomění si této skutečnosti nejen v době ztráty, ale v celém budoucím těhotenství je důležité. Poskytovatelé péče by měli těhotným ženám s anamnézou perinatální ztráty nabídnout podpůrnou péči. I když péče by měla být individuální, existují některá obecná doporučení. Patří zde uznání porodnické historie z hlediska předchozích ztrát, možnost rozhodování ve smyslu vhodné perinatální péče, umožnění lékařských konzultací podle potřeb ženy. Tento přístup vyžaduje především správnou komunikaci mezi poskytovatelem péče a těhotnou ženou. Ženy oceňují především možnost hovořit o předchozí zkušenosti a potřebují ujištění, že úzkost a deprese jsou běžné reakce v těhotenství po perinatální ztrátě (Debackere et al., 2008, s. 525-537).

Těhotenství po perinatální ztrátě nikdy **nemůže být stejné jako předcházející**. Ženy prožívají pocity zranitelnosti, obavy, strach a nejistotu ohledně očekávaných výsledků. Je popisován pocit citové izolovanosti. Tato reakce je obranou před další možnou ztrátou. Negativní zkušenost vyvolává **obavy věřit v kladný výsledek** těhotenství. Negativní pocity vyvolává pocit nemožnosti ovlivnit situaci a výsledek těhotenství. Dá se vyjádřit jako jakási ztráta naivity a nemožnost doufat v dobrý konec. Perinatální ztráta ovlivňuje pohled žen na své další těhotenství. Předchozí zkušenost nečekané perinatální ztráty je přesvědčila o tom, že neexistuje žádná garance úspěšného výsledku těhotenství (Cote-Arsenaut, 2001, s. 239-244).

V současnosti není pochyb o tom, že **nadměrná psychická zátěž** ovlivňuje průběh těhotenství i další následný život dítěte. Možný dopad stresu matky na porodnické výsledky se snaží vědci zkoumat cela desetiletí. Existují rozsáhlé důkazy, že stres v těhotenství má **negativní účinky na ženu, plod a následně i novorozence**. Negativní emoce matky mohou ovlivnit gestační délku těhotenství a porodní hmotnost při narození. Nejsilnější účinky mají specifické úzkosti, včetně obav ze špatného prospívání plodu. Mateřské stresové hormony a placentární průtok krve se zdají být dva mechanismy, které působí na stav plodu. Bylo prokázáno, že úzkost těhotné ženy má vliv na nárůst děložní arteriální rezistence, což způsobuje pokles krevního průtoku. Vysoká hladina prenatálního stresu je také spojena s rizikem potratu a předčasného porodu. Vliv prenatálního stresu je nejen na fyzický vývoj kojenců, ale ovlivňuje dítě, až do jeho deseti let. Poskytovatelé péče by měli **věnovat pozornost strategiím zvládnání zátěže**, nesprávně identifikovat a zasáhnout v případě potřeby, zejména ohrožují - li stav plodu (Cote-Arsenaut, 2007, s. 108-116).

Zdrojem uklidnění v těhotenství po perinatální ztrátě, se stal především lékařský dohled a sledování. V této oblasti ženy zdůrazňovaly výhodu dostupnosti prenatální péče.

U žen s historií perinatální ztráty se může objevovat **potřeba častějšího kontaktu s poskytovateli zdravotní péče**, což může znamenat nutnost vydání více prostředků na péči. Ošetřovatelské intervence zaměřené na doporučení psychologické a psychoterapeutické péče mohou být účinné. Pomocí mohou také podpůrné skupiny. Tyto intervence mohou pomoci k tomu, aby lékařská péče zůstala jen nezbytně nutná a četnost častějších návštěv se snížila pouze pro účely letného uklidnění (Hutti, 2011, s. 104-111).

Porodní asistentka je členem týmu v péči o těhotnou ženu. Pochopení pocitů těhotné ženy po perinatální ztrátě může pomoci porodním asistentkám a všem poskytovatelům péče rozpoznat potencionální problémy a potřeby této skupiny žen. Časté technologické intervence, které se používají, k podpoře zdárného průběhu těhotenství mohou způsobit, že žena se při zvýšené medicínské péči dostává do pozice, kdy může mít pocit, „že těhotenství není její vlastní“. Podpůrné působení porodní asistentky má potenciál pomoci ženě lépe zvládat psychickou zátěž a posílit v tomto období její sebedůvěru (Simmons et al., 2011, s. 452-457).

Většina standardních postupů léčby může být využita i v období těhotenství. Patří zde **psychoterapeutické postupy, podpora zdravého životního stylu, pohybová aktivita, dostatečný spánek a zdravá výživa**. Významné je zapojení rodiny a partnera těhotné ženy. Opatrnost je třeba při používání antidepresivní terapie. Antenatální depresi není věnována dostatečná pozornost. Porodní asistentka může pomoci takto postiženým ženám a jejich rodinám. Při kontaktu s těhotnými ženami může příznaky antenatální deprese identifikovat, doporučit odbornou pomoc a podporovat ženy při jejich rozhodování o léčbě (Bowen et al., 2006, s. 27-30).

Pro porodní asistentku je při kontaktu s těhotnou ženou rozhodující vytvoření přátelského klimatu a příjemné atmosféry důvěry, která napomáhá vytvoření dostatečně silného a pozitivně laděného vztahu. K tomu porodní asistentka využívá především psychologických prostředků (Ratislavová, 2010 s. 147).

## Závěr

Výsledky výzkumu ukázaly, že zkušenost perinatální ztráty vede k většímu emocionálnímu napětí v době dalšího těhotenství a větším nárokům na jeho zvládnání. Komunitní porodní asistentky mohou mít významnou roli pro ženu i jejího partnera. Poskytnutí dlouhodobější podpory v období po ztrátě dítěte, ne pouze v období ztráty, jak je zvykem, by mohlo pomoci rodičům lépe se vyrovnat se ztrátou dítěte. Pro praxi porodních asistentek je významným úkolem podpořit ženy v možnosti vyjadřovat své emoce. Porodní asistentka může nasměrovat ženu k hledání vhodné podpory. Může těhotné ženě nabídnout využití možnosti podpory prostřednictvím svépomocných skupin. Komunitní porodní asistentka může dále podpořit rodiče při rozhodování o dalším těhotenství a připravit je na to, že se mohou objevovat i pocity související s předchozí negativní zkušeností, na které nebyli připraveni. Podpůrným

vlivem by mohlo být poskytování informací o normálním průběhu těhotenství. Vhodná by mohla být edukace o možnostech zvládnání stresu, poskytnutí rad a doporučení o pozitivním vlivu relaxačních technik. Zejména je důležité podpořit sebedůvěru ženy a ujistit ji, že ambivalentní pocity, které prožívá, jsou normální reakcí na její předchozí zkušenost. V období po ztrátě a při rozhodování o plánování dalšího těhotenství by mohlo být přínosné předání letáku, kde jsou informace o normálních pocitech, které se mohou objevit v období po ztrátě a celém dalším těhotenství, který je přílohou publikovaného článku. Uvedený leták jsme vytvořili v rámci diplomové práce (Kaspárková, 2013).

### Etické aspekty a konflikt zájmu

Studie byla provedena podle základních pravidel Helsinské deklarace (2002). Ženy byly informovány o cíli výzkumu, souhlasily s účastí a byla zachována jejich anonymita. Dále měly možnost od výzkumu kdykoli odstoupit. Autoři deklarují, že studie nemá žádný konflikt zájmu.

### Bibliografické odkazy

BOWEN, A. et al. Prevalence of antenatal depression in women enrolled in an outreach program in Canada. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*. 2006, 35(4), 491-498.

CACCIATORE, J. Psychological effects of stillbirth. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*. 2012, 18(2), 76-82.

Canadian Pediatric Society. Support for parents experiencing perinatal loss. *Canadian Medical Association Journal*. 1983, 129(4), 335-339.

COTE-ARSENAULT, D. et al. Women's voices reflecting changed expectations for pregnancy after perinatal loss. *Journal of Nursing Scholarship*. 2001, 33(3), 239-244.

COTE-ARSENAULT, D. Threat appraisal coping and emotions across pregnancy subsequent to perinatal loss. *Nursing Research*. 2007, 56(2), 108-116.

DEBACKERE, K. et al. The parental experience of pregnancy after perinatal loss. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 2008, 37(5), 525-537.

FENSTERMACHER, K. et al. Perinatal bereavement: a principle-based concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 2013, 69(11), 2389-2400.

GOLD, K. et al. National survey of obstetrician attitudes about timing the subsequent pregnancy after perinatal death. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2010, 202(4), 357.

HUTTI, M. et al. Healthcare utilization in the pregnancy following a perinatal loss. *MCN American Journal of Maternity Child Nursing*. 2011, 36(2), 104-111.

KASPÁRKOVÁ, P. *Prožívání těhotenství po perinatální ztrátě*. Ostrava, 2013. 86 s. Diplomová práce. Ostravská Univerzita, Lékařská fakulta, Ústav ošetrovatelství a porodní asistence. Vedoucí diplomové práce Radka Bužgová.

KLIMPL, P. et al. *Psychická krize a intervence v lékařské ordinaci*. Praha: Grada, 1998. 167 s.

MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006, 332 s.

RATISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. 1. vyd. Praha: Reklamní atelier Area, 2008. 106 s.

SIMMONS, H. et al. High-risk pregnancy after perinatal loss: understanding the label. *Midwifery*. 2011, 27(4), 452-457.

STRAUSS, A. *Základy kvalitativního výzkumu: Postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Boskovice: Albert, 1999. 196 s.

ŠVARÍČEK, R., ŠEĐOVÁ K., *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách: sborník konference k aplikované etice s mezinárodní účastí*: Praha: Portál, 2007. 377 s.

## Příloha 1 Informační leták pro rodiče (Kaspárková, 2013)



## Prázdná kolébka

### OBDOBÍ PO ZTRÁTĚ DÍTĚTE

Dovolte nám vyjádřit upřímnou soustrast nad ztrátou Vašeho dítěte, pokud jste přišla o své dítě v těhotenství, během porodu nebo po porodu.

Uvědomte si, že smutek je normální reakcí na nenormální situaci, do které jste se dostala.

Proces truchlení je cestou ke zpracování ztráty.

Během truchlení se mohou dostavovat různé reakce (myšlenky na dítě, neklid, úzkost, strach, touha, beznaděj, zmatek, dýchavičnost, stažené hrdlo, únava, záchvaty, pocit prázdnoty v břiše, ospalost, změny chuti k jídlu apod.) Přiznejte si všechny pocity a dovolte si truchlit.

Můžete mít potřebu sdílet své pocity se svým partnerem a okolím nebo naopak mít pocit, že svůj smutek chcete sdílet sama se sebou.

Uchovejte si vzpomínky na dítě, pojmenujte dítě, uspořádejte pohřeb. Pokud došlo ke ztrátě dítěte v časném těhotenství, může Vám pomoci uspořádání vlastního rituálu rozloučení, kdy se se svým dítětem vnitřně rozloučíte.

Váš partner může truchlit jinak než vy.

Snažte se obklopit starostlivými a citlivými lidmi. Lidé ve Vašem okolí často neví, jak by Vám mohli pomoci, neztekejte se proto na ně a požádejte je o pomoc, pokud budete potřebovat.

Před propuštěním z nemocnice jste byla poučena o zdravotních změnách a možných komplikacích, při kterých je nutno vyhledat lékaře.

Pokud nebudete mít zdravotní potíže, čeká Vás prohlídka u Vašeho gynekologa po šestinedělí. Pokuste se domluvit na vhodném termínu kontroly. Může být pro Vás velmi bolestné vrátit se do prostředí, které Vám bude připomínat Vaše těhotenství. Také kontakt s těhotnými ženami může vyvolat lítost. Váš lékař by měl tuto situaci respektovat a zajistit Vám vhodný čas pro vyšetření, nejlépe na začátku, nebo konci pracovního dne.

Pokud potřebujete objasnit otázky týkající se příčiny smrti dítěte, požádejte Vašeho lékaře znovu o informace. Objasnění příčiny smrti je velmi významné při plánování dalšího těhotenství.

Délka truchlení není nijak časově ohraničena.

V období truchlení Vám může výrazně pomoci kontakt s ženami se stejnou zkušeností, třeba prostřednictvím internetových diskuzí.

Užitečné informace můžete najít na internetových stránkách [www.dlouhacesta.cz](http://www.dlouhacesta.cz), [www.anjeliky.sk](http://www.anjeliky.sk).

Pokud cítíte, že je pro Vás vyrovnání se se smrtí dítěte nemožné, nejste schopna normálního fungování i v době šesti měsíců po události, nebojte se požádat o odbornou pomoc psychologa. Kontakt získáte u svého gynekologa, nebo praktického lékaře.



## PŘÍPRAVA NA DALŠÍ TĚHOTENSTVÍ

Pokud se rozhodnete pro další těhotenství, uvědomte si, zda jste už opravdu připravena toto období zvládnout.

Váš zdravotní stav posoudí Váš gynekolog. Podá Vám informace ohledně přípravy na otěhotnění a bude Vás pečlivě sledovat.

I když je Vaše touha po dítěti velká, z psychologického hlediska se doporučuje otěhotnění v době od 6. do 18. měsíců od ztráty. Je to individuální, ale v této době bývá dokončen proces truchlení. Vyplatí se počkat. Budete lépe připravena zvládnout zátěž dalšího těhotenství.

V přípravě na další těhotenství můžete učinit mnoho užitečných rozhodnutí.

Snažte se o dodržování zdravého životního stylu.



Vyhňte se konzumaci alkoholu, drog a kouření. Po poradě s lékařem začněte užívat kyselinu listovou. Pracujte na partnerském vztahu, pro který je ztráta dítěte zatěžkávací zkouškou. Důležitá je komunikace. Pokud máte problémy v této oblasti, využijte odbornou psychologickou pomoc. Období čekání na otěhotnění může být psychicky náročné.

## TĚHOTENSTVÍ PO ZTRÁTĚ DÍTĚTE

Připravte se na to, že toto těhotenství se může lišit od minulého.

Vyberte si pečlivě poskytovatele péče, který zná Vaši minulost a bude Vás respektovat. Pokud to tak necítíte, zvažte změnu poskytovatele péče. Během prenatalní péče, by jste se měla cítit dobře, a mít důvěru k lidem, kteří se o Vás starají.

Návštěva stejných míst a absolvování stejných vyšetření, ve Vás může vyvolávat vzpomínky na minulá těhotenství, buďte na to připravena. Minulost nelze vrátit, ale zkuste se soustředit na přítomnost a těšit na budoucnost.

Je důležité obklopit se lidmi, kteří respektují Vaši ztrátu. Vaše současné těhotenství Vám nenahradí ztracené dítě. Uchovejte si ho ve svých vzpomínkách. Bolestná se pro Vás po dlouhou dobu stanou zejména různá výročí, která se ho týkají. Nové těhotenství často přináší obnovení žalu. Pokud cítíte takovou potřebu, nestyďte se říci o těchto pocitech lidem z Vašeho nejbližšího okolí. Často si totiž myslí, že mluvit o zemřelém dítěti není vhodné. Pokud nechcete hovořit se svými nejbližšími, mohou Vám pomoci zkušenosti žen, které byly ve stejné situaci, jako vy. Můžete navázat kontakt pomocí internetových diskuzí.

Neočekávejte také, že Váš lékař, nebo porodní asistentka umí číst Vaše pocity. Nestyďte se za své pocity. Máte právo je po své zkušenosti mít, jsou normální. Pokud máte potřebu, vyjadřujte je.

Nebojte se požádat svého poskytovatele péče o informace.

Pokud máte potřebu častějšího sledování, či frekvence kontrol, řekněte to svému poskytovateli péče.

Častější kontroly Vás mohou uklidňovat, nebo naopak znervózňovat. Někdy pomůže jen telefonická konzultace, která Vás může uklidnit. Zeptejte se svého poskytovatele péče, zda tuto možnost můžete využít.

Požádejte porodní asistentku o informace o podpoře zdravého průběhu těhotenství. Přemýšlejte o tom, zda by Vám nepomohl pravidelný kontakt s porodní asistentkou během celého těhotenství, kdy budete mít možnost diskutovat o svých pocitech a potřebách.

Možná Vám nevyhovuje možnost skupinových setkání a přípravných kurzů. Informujte se u své porodní asistentky, zda nabízí individuální poradenství, které by bylo přizpůsobené Vaším potřebám.

Pokud vnímáte psychickou zátěž, která vznikla v těhotenství, jako nadlimitní, neváhejte a požádejte o odbornou psychologickou pomoc.

Je normální, že po své zkušenosti zažíváte větší úzkost a strach o dítě a máte strach se k dítěti citově připoutat.

Snažte se komunikovat se svým dítětem, myslíte na to, že Vaše psychika má velký vliv na stav nenarozeného dítěte.

Odměňujte se za své pokroky v těhotenství, snažte se o pozitivní myšlení.

Přemýšlejte o místě porodu, možná je pro Vás představa porodu ve stejném prostředí nepřijatelná. Naplánujte si schůzku v nemocnici, kterou jste si vybrala pro porod. Informujte je o své zkušenosti a diskutujte s personálem o svých představách.