

UNIVERZITA KARLOVA

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



DIPLOMOVÁ PRÁCE

Bc. Sylvie Krystlová

Prožívání matek a otců v situaci porodu mrtvého dítěte

Mothers' and Fathers' Experience of Stillbirth

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala řadě lidí, díky jejichž ochotě mohla tato práce vzniknout. V první řadě patří mé poděkování vedoucímu této práce, MUDr. Antonínu Šebelovi, Ph.D., za bezproblémovou komunikaci a za praktickou pomoc s realizací výzkumu. Dále bych ráda poděkovala Mgr. Kateřině Ratislavové, Ph.D., a také PhDr. Lence Emrové, Ph.D., které mi poskytly v rámci konzultace cenné rady týkající se teoretické i empirické části této práce. Osobní poděkování za veškerou podporu patří i Tereze Chmelařové. Vznik této práce však umožnili především rodiče, kteří se zapojili do realizovaného výzkumu a měli odvahu sdílet svou zkušenost. A právě jim proto patří mé největší poděkování.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 18. 6. 2024



Bc. Sylvie Krystlová

Abstrakt

Diplomová práce se zabývá zkušeností matek a otců v situaci porodu mrtvého dítěte. Jejím cílem je zmapovat, jak rodiče prožívají tuto situaci v období od oznámení zprávy o úmrtí dítěte, přes samotný porod a případné rozloučení se s dítětem, až po prvotní dny a týdny následující po ztrátě. Teoretická část se zabývá nejprve vymezením situace porodu mrtvého dítěte v českém kontextu, dále rozebírá specifika ztráty a truchlení v situaci porodu mrtvého dítěte a následně shrnuje poznatky výzkumů popisujících prožitky matek a otců v jednotlivých fázích dané situace a zkušenosti. Empirická část práce představuje realizovaný kvalitativní výzkum, v rámci něhož byla metodou tematické analýzy zpracována data vzešlá z polostrukturovaných rozhovorů s osmi matkami a dvěma otci, kteří prošli zkušeností porodu mrtvého dítěte. Skrze tuto analýzu bylo identifikováno pět hlavních témat, která se vztahují ke zkušenosti rodičů, a to: Konfrontace s realitou smrti dítěte, Zbytečné utrpení, Potřeba opory, Izolace a Prožít nebo popřít. Každé z těchto témat bylo dále rozčleněno do dvou až čtyř subtémat. Výstupy tohoto výzkumu přispívají k porozumění zkušenosti matek a otců v situaci porodu mrtvého dítěte v českém kontextu.

Klíčová slova: porod mrtvého dítěte; perinatální ztráta; prožívání matek; prožívání otců; zármutek

Abstract

The master's thesis deals with the experience of mothers and fathers in the situation of stillbirth. The aim is to explore how parents experience this situation from the moment they receive the news of the child's death, through the actual birth and possible saying goodbye to the child, to the first days and weeks following the loss. The theoretical part first deals with the definition of the situation of stillbirth in the Czech context, next it discusses the specifics of loss and mourning in the situation of stillbirth and subsequently it summarizes the findings of research describing the experiences of mothers and fathers in the various phases of the situation. The empirical part of the thesis represents the conducted qualitative research, within which the data resulting from semi-structured interviews with eight mothers and two fathers who went through the experience of stillbirth were processed using the method of thematic analysis. Through this analysis, five main themes related to the parents' experience were identified, namely: Meeting the reality of the child's death, Useless suffering, Need for support, Isolation and To live through or to deny. Each of these themes was further divided into two to four sub-themes. The results of this research contribute to the understanding of the experience of mothers and fathers in the situation of stillbirth in the Czech context.

Keywords: Stillbirth; Perinatal loss; Mothers' experience; Fathers' experience; Grief

Obsah

Úvod.....	9
I. Teoretická část	11
1. Vybrané aspekty situace porodu mrtvého dítěte.....	11
1.1 Definice a incidence	11
1.2 Rizikové faktory a příčiny	12
1.3 Průběh procesu porodu	13
1.4 Možnosti rozloučení se s dítětem a dostupné psychosociální podpory	13
2. Specifika ztráty v situaci porodu mrtvého dítěte	16
2.1 Obecné charakteristiky ztráty dítěte před jeho narozením	16
2.2 Historický a kulturní kontext.....	17
2.3 Proces truchlení a jeho možné komplikace	19
3. Prožívání matek a otců v situaci porodu mrtvého dítěte.....	22
3.1 Psychopatologický kontext a mezipohlavní rozdíly	22
3.2 Oznámení zprávy o úmrtí dítěte	23
3.3 Porod.....	25
3.4 Rozloučení se s mrtvě narozeným dítětem	26
3.4.1 Proces rozhodování	28
3.4.2 Vytvoření upomínek na dítě.....	30
3.5 Prvotní adaptace na situaci ztráty	30
3.5.1 Strategie vyrovnávání se	32
3.5.2 Dopady na partnerský vztah.....	33
3.5.3 Rizikové a protektivní faktory.....	34
3.6 Přístup ošetřujícího personálu	35
3.7 Sociální opora.....	37
II. Empirická část.....	39
4. Cíle výzkumu a výzkumné otázky	39
5. Metodika výzkumu.....	41
5.1 Výzkumný soubor.....	41
5.2 Sběr dat.....	42
5.3 Analýza dat.....	43
5.4 Etika výzkumu	44
6. Výsledky analýzy dat	47
6.1 Konfrontace s realitou smrti dítěte	47

6.2	Zbytečné utrpení	55
6.3	Potřeba opory.....	58
6.4	Izolace.....	65
6.5	Prožít nebo popřít	69
7.	Diskuze	76
7.1	Shrnutí výzkumných zjištění a jejich reflexe ve vztahu k další literatuře	76
7.2	Limity výzkumu	78
7.3	Přínosy výzkumu a doporučení pro další výzkum.....	79
	Závěr.....	82
	Seznam použité literatury.....	84
	Seznam příloh	92
	Příloha 1: Náborový leták	I
	Příloha 2: Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu.....	II
	Příloha 3: Demografický a faktický dotazník	VI
	Příloha 4: Znění rozhovoru	VIII
	Příloha 5: Seznam krizových kontaktů.....	XIV
	Příloha 6: Seznam institucí podpůrné péče a doporučené literatury	XV
	Příloha 7: Tabulka témat, subtémat a příkladů kódů.....	XVI

Seznam zkratek

ACOG	American College of Obstetricians and Gynecologists
AIHW	Australian Institute of Health and Welfare
APA	American Psychological Association
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
ČGPS	Česká gynekologická a porodnická společnost
ČLS JEP	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
ČSÚ	Český statistický úřad
ICD-11	International Classification of Diseases 11th Revision
MKN-11	11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí
NHS	National Health Service
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
NUDZ	Národní ústav duševního zdraví
PSANZ	Perinatal Society of Australia and New Zealand
PTG	Posttraumatický růst
PTSD	Posttraumatická stresová porucha
RCOG	Royal College of Obstetricians & Gynaecologists
TA	Tematická analýza
UNICEF	Dětský fond Organizace spojených národů
ÚZIS ČR	Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky
WHO	Světová zdravotnická organizace

Úvod

Porod mrtvého dítěte je náročnou a potenciálně traumatogenní situací, která je spojena s významnou ztrátou, v životě rodičů se často objevuje zcela nečekaně a zásadním způsobem mění jimi předjímanou budoucnost (Bennett et al., 2005; Samuelsson et al., 2001; Sarkar et al., 2021). Řada přehledových studií a metaanalýz se také shoduje, že situace porodu mrtvého dítěte je spjata s významnými psychologickými i hmotnými dopady na postihnuté matky i otce (Burden et al., 2016; Campbell-Jackson & Horsch, 2014; Heazell et al., 2016). I přesto mnoho studií uvádí, že se rodiče v této situaci potýkají stále se stigmatizací a zejména pak silnou tabuizací jejich zkušenosti, která může dále prohlubovat již tak významné negativní dopady celé situace a ztráty (Heazell et al., 2016; Kelley & Trinidad, 2012; McCreight, 2008). Zatímco dlouhodobějším dopadům situace porodu mrtvého dítěte na samotné matky je věnován určitý výzkumný prostor, méně studií se zabývá kvalitativním uchopením zkušenosti žen v jednotlivých fázích porodu mrtvého dítěte. Řada autorů pak upozorňuje také na kritický nedostatek studií mapujících prožitky otců v této situaci (Glaser Chodik & Baum, 2023; Jones et al., 2019; Sarkar et al., 2021). Světová zdravotnická organizace (WHO, 2023) přitom uvádí, že právě naslouchání zkušenostem žen a jejich blízkým je cestou k destigmatizaci a detabuizaci této zkušenosti v sociálním kontextu.

Jak je z výše uvedeného patrné, porod mrtvého dítěte je bolestivou zkušeností, která je ve společnosti do určité míry přehlížena a které stále není věnován ve všech jejích aspektech dostatek výzkumného prostoru. Je důležité podotknout, že i rozsah pozornosti věnovaný těmto aspektům v rámci teoretické části práce je do určité míry ovlivněn množstvím dostupné literatury k těmto aspektům se vztahujícím. Vzhledem k již zmíněné deficienci výzkumných studií v oblasti mužské zkušenosti, ale i vzhledem k některým sdíleným aspektům zkušenosti porodu mrtvého dítěte mezi muži a ženami, je pohled mužů v rámci práce reportován společně s pohledem žen a není předmětem samostatných kapitol. Pro úplnost je zde nutné také uvést, že v souladu s doporučeními dalších autorů (Lee, 2012; Ratislavová, 2016) a také s ohledem na zkušenost řady rodičů, kteří vnímají nazývání dítěte plodem jako určitý způsob devalvace jejich ztráty a obecně devalvace existence dítěte (Cacciatore et al., 2013; Nordlund et al., 2012), je v této práci namísto pojmu *plod* téměř výhradně využíváno pojmů *dítě* a *miminko*. Tyto pojmy také, jak uvádí Ratislavová (2016), mnohem lépe vystihují citovou vazbu, která rodiče k nenarozenému dítěti pojí.

Teoretická část práce je rozdělena do tří hlavních kapitol. První kapitola se věnuje samotnému vymezení situace porodu mrtvého dítěte, popsání příčin jejího vzniku a také popsání jejího průběhu. Dále se tato kapitola věnuje dostupným možnostem rozloučení se s dítětem a možnostem získání návazné psychosociální podpory v českém kontextu. Druhá

kapitola práce se zabývá charakterizací prožívané ztráty v situaci porodu mrtvého dítěte, představuje různorodost pojetí této ztráty a situace v rámci historického vývoje i kulturního kontextu a také popisuje k této ztrátě vztažená specifika procesu truchlení a jeho možné komplikace. Poslední kapitola se pak věnuje samotnému prožívání rodičů v jednotlivých fázích situace porodu mrtvého dítěte a také jejich prvotnímu vyrovnávání se se situací ztráty. Prostor je v poslední kapitole věnován také přístupu ošetřujícího personálu a sociální opoře, neboť obě tyto proměnné ovlivňují zkušenost rodičů v situaci porodu mrtvého dítěte.

Empirická část této práce je věnována kvalitativnímu výzkumu, konkrétně jsou zde pomocí metody tematické analýzy (TA) prozkoumávána data z rozhovorů s matkami a otci, kteří prošli situací porodu mrtvého dítěte. Cílem tohoto výzkumu je pak zodpovědět otázku, jak rodiče situaci porodu mrtvého dítěte prožívají.

V této práci bylo čerpáno především ze zahraničních kvalitativních a kvantitativních výzkumných studií, popřípadě přehledových studií, které se věnují prožívání matek a otců v situaci porodu mrtvého dítěte, či obecněji v situaci perinatální ztráty. Citováno je v této práci dle normy APA (American Psychological Association, 2020).

I. Teoretická část

1. Vybrané aspekty situace porodu mrtvého dítěte

1.1 Definice a incidence

V České republice je porod mrtvého plodu či také porod mrtvého dítěte (v anglicky psané literatuře *Stillbirth*) definován jako situace, při které dochází k vypuzení plodu z dělohy, který nejeví ani jednu ze známek života a jeho porodní hmotnost činí minimálně 500 g. V případě, že nelze porodní hmotnost plodu určit, je kritériem gestační stáří plodu, které činí více než 22 týdnů. Pokud ani tento údaj není znám, zůstává kritériem velikost plodu, která musí být nejméně 25 cm (Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky [ÚZIS ČR], 2023). Tato definice vymezuje porod mrtvého plodu od situace potratu, který Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) definuje jako vypuzení plodu z těla matky, kdy plod neprojevuje žádnou ze známek života a jeho porodní hmotnost činí méně než 500 g či jeho gestační stáří je nižší 22 týdnů.

Definice porodu mrtvého dítěte se z hlediska charakteristik mrtvorozence napříč zeměmi liší. Ve Spojených státech amerických a v Austrálii je například porod mrtvého dítěte definován jako ztráta dítěte po dokončení 20. týdne těhotenství (Australian Institute of Health and Welfare [AIHW], 2023; Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2022), ve Spojeném království Velké Británie a Severního Irsku je porod mrtvého dítěte definován úmrtím dítěte po ukončení 24. týdne těhotenství (National Health Service [NHS], 2021). WHO (2016) pro mezinárodní srovnání definuje porod mrtvého dítěte jako ztrátu dítěte po 28. týdnu těhotenství před samotným porodem či během něj. Porod mrtvého dítěte je zároveň situací, která tvoří součást širší problematiky tzv. perinatální ztráty. Ta je spojena s úmrtím plodu v perinatálním období, které Ratislavová (2016) definuje jako období od počátku viability plodu až do sedmého dne po jeho porodu.

Počet mrtvě narozených dětí je v České republice evidován v rámci ukazatele tzv. mrtvorozenosti, který udává počet mrtvě narozených na 1000 všech živě i mrtvě narozených dětí (ÚZIS ČR, 2021). Český statistický úřad (ČSÚ, 2023) uvádí, že v roce 2022 tato hodnota činila 3,7, a tedy že se narodilo v České republice mrtvě celkem 377 dětí. ÚZIS ČR (2023) zároveň uvádí, že mezi lety 2009 a 2021 došlo v České republice ke zvýšení mrtvorozenosti, a to z hodnoty 2,1 na 3,6 mrtvě narozených dětí na 1000 všech živě i mrtvě narozených. Pro porovnání s dalšími vyspělými zeměmi – v USA hodnota mrtvorozenosti činila v roce 2020 5,7 (Gregory et al., 2022), v Austrálii v roce 2021 7,2 (AIHW, 2023) a ve Spojeném království tato hodnota v roce 2021 činila 3,5 mrtvě narozených dětí na 1000 všech živě i mrtvě narozených (Draper et al., 2023). V méně rozvinutých zemích zejména v oblasti subsaharské Afriky se však

tyto hodnoty k roku 2021 pohybují ne zřídka nad hodnotou 20 mrtvě narozených dětí na 1000 všech narozených, a to i za předpokladu, že většina mrtvě narozených dětí navíc není evidována (Dětský fond Organizace spojených národů [UNICEF], 2023). Detailní porovnání úrovně mrtvorozenosti napříč zeměmi je však ztíženo již zmíněnými lišícími se kritérii porodu mrtvého dítěte v jednotlivých státech.

1.2 Rizikové faktory a příčiny

Mezi rizikové faktory spojené s porodem mrtvého dítěte na straně matky se řadí: vysoký věk (více než 35 let), primiparita¹, obezita, preexistující onemocnění (např. chronická hypertenze), užívání tabáku, alkoholu a dalších návykových látek v těhotenství či závažné komplikace v předchozím těhotenství (např. předčasný porod) (Flenady et al., 2011; Gardosi et al., 2013; Reddy et al., 2010). Samotné příčiny porodu mrtvého dítěte Hájek (2004) rozděluje do tří skupin: příčiny na straně matky, příčiny na straně plodu a příčiny na straně placenty či pupečníku. Studiemi nejčastěji zmiňovanými příčinami na straně matky jsou preeklampsie² či některá preexistující onemocnění matky (např. diabetes mellitus) (Flenady et al., 2011; Gardosi et al., 2013; Smith et al., 2006). Mezi příčiny na straně samotného plodu pak studie řadí vrozené anomálie plodu, růstové opoždění plodu či infekci plodu (Gardosi et al., 2013; Reinebrant et al., 2018). Mezi příčiny týkající se placenty a pupečníku pak patří například abrupce placenty³ či krvácení v rámci genitálního traktu (Flenady et al., 2011; Gardosi et al., 2013; Reinebrant et al., 2018).

Britská odborná společnost Royal College of Obstetricians & Gynaecologists (RCOG, 2010) v rámci svých doporučení uvádí, že by rodičům měla být po porodu mrtvého dítěte nabídnuta možnost pitvy dítěte, která může pomoci objasnit příčinu úmrtí a může pomoci předejít dalším obtížím v rámci následujícího těhotenství. V České republice Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách zároveň stanovuje, že patologicko-anatomická pitva se u mrtvě narozených dětí provádí vždy, dle tohoto zákona může ale zároveň lékař provádějící prohlídku těla zemřelého či lékař vykonávající pitvu rozhodnout o neprovedení pitvy, pokud rodiče vysloví nesouhlas s pitvou či pokud je příčina úmrtí dítěte zřejmá. RCOG (2010) pak také doporučuje, aby rodiče byli ošetřujícím personálem upozorněni na skutečnost, že téměř v polovině případů není možné příčinu úmrtí plodu určit ani při provedení veškerých vyšetření.

¹ Pojem parita označuje, kolikrát již daná žena v průběhu svého života porodila (primipara = prvorodička).

² Preeklampsie je onemocněním postihujícím výlučně těhotné ženy. Je důsledkem nesprávného propojení cév matky a plodu v průběhu jeho intrauterinního vývoje a vyznačuje se na straně matky zejména vysokým krevním tlakem, zvýšeným množstvím bílkovin v moči a otoky.

³ Abrupce placenty patří mezi závažnou těhotenskou komplikaci, při níž dochází k předčasnému odloučení placenty od děložní stěny.

1.3 Průběh procesu porodu

Hájek (2004) uvádí, že mezi subjektivní příznaky úmrtí dítěte v pozdní fázi těhotenství patří: únava, mírně zvýšená teplota, ochablost napětí v prsou, vaginální výtok či krvácení a také vnímané změny v intenzitě a frekvenci pohybů plodu či jejich plné vymizení. Stanovení diagnózy mrtvého plodu se dle doporučených postupů České gynekologické a porodnické společnosti a České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (ČGPS & ČLS JEP, 2019) provádí skrze ultrazvukové vyšetření. Hájek (2004) uvádí, že při diagnostikování syndromu mrtvého plodu je žena okamžitě hospitalizována na příslušném gynekologicko-porodnickém oddělení, případně odeslána do perinatologického centra, kde jsou provedena další vyšetření. RCOG (2010) pak v rámci svých doporučení také uvádí, že pokud je žena při sdělování zprávy o úmrtí dítěte bez doprovodu, mělo by jí být umožněno neprodleně kontaktovat partnera či jinou blízkou osobu.

Preferovanou metodou při intrauterinním úmrtí dítěte po 22. týdnu těhotenství je dle doporučených postupů v České republice vaginální porod. K císařskému řezu by mělo být přistoupeno v případě bezprostředního ohrožení života rodičky či tam, kde je vaginální vedení porodu absolutně kontraindikováno nebo není možné plod vaginálně porodit za užití existujících porodnických metod (ČGPS & ČLS JEP, 2019). RCOG (2010) uvádí, že pokud není ze zdravotních důvodů nutné, aby byl porod započat okamžitě, a to skrze podání medikace určené k vyvolání porodu či skrze operativní zákrok, je možné na základě přání rodičky vyčkat několik hodin až dní na spontánní započetí porodu. RCOG však zároveň uvádí, že delší vyčkávání na porod zvyšuje riziko zdravotních komplikací na straně matky a také pravděpodobnost deteriorace těla miminka v děloze, která může ovlivnit jeho následný vzhled po porodu a která může také negativně ovlivnit možnost stanovení příčiny smrti dítěte.

Poláková a kol. (2023) v analýze mapující fungování perinatální paliativní péče v ČR uvádějí, že porody zemřelých dětí z kapacitních důvodů stále v řadě případů probíhají na běžných porodních sálech. Takové sály nejsou od zbytku oddělení často zvukově izolované, a rodina je tak konfrontována nejen se zvukovými projevy dalších rodiček, ale také s pláčem novorozenců, což může dále prohlubovat negativní dopady dané situace na rodiče. Autoři zprávy zároveň uvádějí, že po porodu a případném rozloučení se s dítětem jsou rodičky překládány zpravidla na gynekologické oddělení, díky čemuž nejsou vystaveny na oddělení šestinedělí kontaktu s ostatními matkami a novorozenci.

1.4 Možnosti rozloučení se s dítětem a dostupné psychosociální podpory

Řada odborných zahraničních společností v současné době doporučuje, aby rodičům v situaci perinatální ztráty byla nabízena možnost rozloučení se s dítětem. Rozloučení může proběhnout ve formě prostého kontaktu s miminkem, ale i ve formě koupání, oblékání či jiného

opečování miminka a může být doprovázeno také vytvořením si upomínek na mrtvě narozené dítě (vytvoření otisku ruky a nožky, odstřížení pramene vlásků či pořízení fotografie miminka) (American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2020; Perinatal Society of Australia and New Zealand [PSANZ], 2020; RCOG, 2010). I v českém kontextu je v oblasti problematiky porodu mrtvého dítěte cílem perinatální paliativní péče zajištění důstojného rozloučení se rodiny s mrtvě narozeným dítětem a umožnění vytvoření vztahu mezi rodičem a potomkem (Poláková et al., 2023).

Co se týče možnosti vytvoření upomínek na zemřelé dítě, analýza Polákové a kol. (2023), do které bylo zapojeno 26 perinatologických center po celé ČR, uvádí, že řada pracovišť v současné době umožňuje rodičům uchování těchto upomínek. Členové ošetřujícího personálu sami vytvářejí otisky ruky či nožky dítěte, pořizují fotografie miminka či umožňují rodičům si odstříhnout pramen vlasů dítěte. I v případě, že si rodiče nepřejí uchovat žádné upomínky, ošetřující personál často tyto upomínky vytváří a uchovává je pro případ, že by o ně rodiče projevíli zájem později. Řada pracovišť dle analýzy disponuje také přímo tzv. memoryboxy. Ty obsahují nejrůznější předměty a dokumenty, které mají pomáhat rodičům projít procesem rozloučení se s dítětem a následným truchlením a obsahují například oblečení, do kterého mohou rodiče miminko obléci, sadu pro tvorbu otisků ruky či nožky dítěte, pracovní sešity provázející rodiče situací ztráty a další informační materiály a pietní předměty (Dítě v srdci, n.d.).

Poláková a kol. (2023) v rámci jejich analýzy také uvádějí, že péči o rodiče v situaci perinatální ztráty má na starost zpravidla porodní asistentka a rozloučení s miminkem obvykle probíhá přímo na porodním sále, zúčastnit se ho však často mohou nejen samotní rodiče, ale i členové širší rodiny a další blízcí. Zatímco někteří dotazovaní v rámci analýzy uváděli, že si jejich pracoviště samo na základě zahraniční literatury vypracovává interní postupy věnované právě například péči o rodiče po perinatální ztrátě, další uváděli, že na jejich pracovišti zcela chybí jakékoliv standardizované postupy či metodické pokyny pro poskytování takové péče. Je také důležité zmínit, že ačkoliv většina dotazovaných členů personálu jednotlivých center hovořila o podpoře rozvoje perinatální paliativní péče na jejich pracovištích ze strany vedení, někteří členové ošetřujícího personálu se dle dotazovaných stále staví odmítavě právě například k zavádění možností rozloučení se rodičů s mrtvě narozeným miminkem či možnosti uchovávání upomínek na dítě, neboť vnímají tyto kroky jako směřující k další traumatizaci rodičů.

Ačkoliv i v České republice jsou tedy rodičům dostupné možnosti rozloučení se s jejich vlastním potomkem, je otázkou, do jaké míry jich rodiče sami skutečně využívají. Studie Cacciatore, Rådestad a Frøen (2008), která zahrnula vzorek 2 292 žen majoritně ze Spojených států amerických, Spojeného království a Austrálie, jež prošly porodem mrtvého dítěte, přichází

se zjištěním, že 95 % z dotazovaných žen uskutečnilo kontakt s jejich mrtvě narozeným dítětem. Ratislavová a kol. (2012) oproti tomu v rámci jejich studie na 83 českých ženách po perinatální ztrátě zjistili, že pouze 33 % z těchto žen svého mrtvě narozeného potomka vidělo a pouze 17,5 % z nich vlastní na mrtvě narozené dítě upomínku. V současné době však nejsou k dispozici žádná data, která by vypovídala o využívání možností rozloučení se s dítětem mezi českými rodiči.

RCOG (2010) doporučuje, aby s rodiči byla prodiskutována před odchodem z nemocnice také možnost uspořádání pohřbu pro jejich mrtvě narozené dítě. V České republice je dle Zákona č. 193/2017 Sb., kterým se mění zákon č. 256/2001 Sb., o pohřebnictví a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony, tělo mrtvě narozeného dítěte považováno za tělo zemřelého a musí s ním být zacházeno s ohledem na jeho důstojnost. Dle tohoto zákona mají také rodiče dítěte možnost se v časové lhůtě 96 hodin od oznámení zprávy o jeho úmrtí, případně od ukončení pitvy, rozhodnout pro převzetí těla a vlastní sjednání pohřbu. Pokud se rodiče rozhodnou pohřeb nesjednat, zajišťuje důstojný pohřeb dítěte příslušné zdravotnické zařízení.

V oblasti návazné péče pro rodiče v situaci porodu mrtvého dítěte ČGPS a ČLS JEP (2019) v českém kontextu doporučuje, aby během období šestinedělí byla truchlícím rodičům dostupná komplexní psychologická podpora. RCOG (2010) mimo jiné také uvádí, že rodičům by mělo být kromě poradenství pro všechny rodinné příslušníky nabídnuto také zapojení se do podpůrných rodičovských skupin, které sdružují rodiče ve stejné či podobné situaci. V České republice právě tyto služby od roku 2007 pod záštitou spolku Dlouhá cesta zprostředkovává projekt Prázdná kolébka, který nabízí odbornou i komunitní podporu rodičům v situaci perinatální ztráty. Od roku 2014 pak v České republice funguje také perinatální hospic Dítě v srdci, který se podílí na rozvoji perinatální paliativní péče v rámci ČR a zprostředkovává také provázení a odborné sociální poradenství rodičům, kteří přišli o nenarozené či narozené miminko. Řadu praktických informací týkajících se situace perinatální ztráty pak rodičům i odborníkům zprostředkovává internetový informační portál Unie porodních asistentek Perinatální ztráta. Dle analýzy Polákové a kol. (2023) řada pracovišť v České republice disponuje tištěnými materiály, které zahrnují odkazy na návaznou psychosociální podporu pro rodiče v situaci porodu mrtvého dítěte.

2. Specifika ztráty v situaci porodu mrtvého dítěte

2.1 Obecné charakteristiky ztráty dítěte před jeho narozením

Porod mrtvého dítěte představuje náročnou a pro rodiče často zcela nečekanou situaci, která je spojena s významnou a také velmi specifickou ztrátou (Badenhorst & Hughes, 2007; Bennett et al., 2005; Lang et al., 2011). Ačkoliv některé studie uvádějí, že prenatální attachment k dítěti je silnější na straně matek než na straně otců (Della Vedova et al., 2019; Fijałkowska & Bielawska-Batorowicz, 2019), Bonnette a Broom (2012) a McCreight (2004) zdůrazňují, že i muži si v průběhu těhotenství k dítěti tvoří významný vztah a jejich otcovská identita začíná vznikat již v raných fázích partnerčina těhotenství. Není tedy překvapivé, že dílčí i přehledové studie se shodují na tom, že také řada otců je ztrátou dítěte v této situaci silně zasažena (Badenhorst et al., 2006; Cacciatore et al., 2013; Jones et al., 2019).

Bennett a kol. (2005) popisují, že zatímco při úmrtí dospělé blízké osoby přeživší jedinec pomyslně přichází o část vlastní minulost, s úmrtím dítěte se pojí na straně rodičů především ztráta vysněné budoucnosti. Smrt nenarozeného dítěte může být dle autorů pak specificky spojena se ztrátou očekávané radosti, pocitem nenaplnění vztahu s dítětem a také vnímanou ztrátou samotného rodičovství. Tato ztráta s sebou navíc může přinášet také pocit zbytečně vložené energie do procesu těhotenství, které zůstává bez vytouženého výsledku. V rámci kvalitativní studie Martínez-Serrano a kol. (2019) také někteří rodiče popisují, že pro ně porod mrtvého dítěte představoval paradoxní situaci, ve které byli v jedné chvíli konfrontováni se zrozením i smrtí, a tedy začátkem i koncem. Bennett a kol. (2005) pak podotýkají, že prožitek psychické bolesti, jenž je spojený se ztrátou, doprovází v situaci porodu mrtvého dítěte na straně žen navíc také bolest fyzická, která je spojena se samotným porodním procesem.

Situace ztráty dítěte před jeho narozením s sebou přináší také množství pochybností a komplikací, které jsou vázány na sociální kontext. Autoři Bonnette a Broom (2012) zdůrazňují, že v situaci perinatální ztráty společnost váhá, zda dítěti přiřknout sociální identitu a zda matce a otcí dítěte přiřknout sociální roli rodiče. Toto dilema pak mohou prožívat i rodiče samotní – někteří muži v rámci studie autorky McCreight (2004) uváděli, že si kladli otázku, zda se skutečně stali otcí, pokud jejich dítě zemřelo ještě před narozením a pokud již byli otcí dalších žijících potomků, nebyli si jisti jako kolikanásobní otcové se po ztrátě dítěte mají cítit. Bennett a kol. (2005) také uvádějí, že ztráta dítěte před jeho narozením je často sociálním okolím určitým způsobem devalvována, neboť je považována za méně významnou než ztráta jiné blízké osoby. Cacciatore (2010) pak popisuje, že často jsou to pouze rodiče, kteří mají s dítětem přímou zkušenost, a mohou tak být jedinými dvěma osobami, které po dítěti skutečně truchlí. Situaci pro rodiče pak komplikuje také skutečnost, že na rozdíl od jiných druhů ztrát sociální

okolí často nemá v situaci perinatální ztráty žádnou předchozí zkušenost, kterou by mohlo využít jako referenční bod k tomu, jak tuto specifickou ztrátu uchopit a jak k rodičům přistupovat (Bennett et al., 2005).

2.2 Historický a kulturní kontext

Je důležité zmínit, že vnímání perinatální ztráty a situace porodu mrtvého dítěte ovlivňuje také historický a kulturní kontext. Badenhorst & Hughes (2007) uvádějí, že po dlouhou dobu historického vývoje nebyla perinatální ztráta považována za událost, kterou by mělo doprovázet hluboké truchlení. Autoři uvádějí, že i vzhledem k tomu, že perinatální mortalita byla dříve mnohem běžnější, než je tomu dnes, a obecně přežití malých dětí bylo velmi nejisté, mohli být rodiče k těmto potomkům méně silně připoutáni. Mnoho rodičů v rámci kvalitativních výzkumů uvádí, že pro ně sdělení zprávy o úmrtí dítěte, které představuje prvotní fázi samotné situace porodu mrtvého dítěte, bylo zcela nečekanou událostí (Kelley & Trinidad, 2012; Lee, 2012; Yamazaki, 2010). Ratislavová a kol. (2014) v rámci jejich výzkumu uvádějí, že ženy často byly nastalou situací otřeseny i z toho důvodu, že v kontextu vyspělé lékařské péče vůbec nepředpokládaly možnost výskytu takovéto situace. Badenhorst a Hughes (2007) shodně podotýkají, že v současné době rodiče apriorně očekávají, že těhotenství povede k úspěšnému porodu, a situací perinatální ztráty jsou tak hluboce šokováni. Někteří autoři tento šok přisuzují mimo jiné i obecnému popření smrti v naší společnosti a nedostatečnému povědomí o perinatální ztrátě (Martínez-Serrano et al., 2019; Worth, 1997).

V rámci historického vývoje se také velmi proměnila v západní společnosti role muže při očekávání potomka. Řada mužů v dnešní západní společnosti chce být aktivně zapojena v rámci rodičovství, účastní se přípravy na porod a sdílí s partnerkou radostné očekávání spojené s narozením potomka (Badenhorst et al., 2006; Steen et al., 2012). Autoři Bonnette a Broom (2012) v rámci jejich kvalitativní studie uvádějí, že někteří muži mají potřebu se v počátcích těhotenství dotýkat partnerčina břicha, mluvit na plod či doprovázet partnerku na ultrazvuková a jiná vyšetření. Možnost spatření dítěte při ultrazvukovém vyšetření autoři zároveň chápou jako významný faktor, který působí jako vizuální důkaz existence dítěte, a umožňuje tak posílení otcovského statusu, k podobným závěrům dochází i přehledová studie autorů Badenhorst a kol. (2006). Jak již bylo zmíněno v kapitole 2.1, kvalitativní i kvantitativní studie pak poukazují na to, že i muži jsou situací porodu mrtvého dítěte významně emocionálně zasaženi (Badenhorst et al., 2006; Cacciatore et al., 2013; Sarkar et al., 2021).

Velkou proměnou prošel také přístup zdravotníků k samotné situaci porodu mrtvého dítěte. Ratislavová (2015) uvádí, že v době, kdy se porody přemístily z domovů do porodnických zařízení, se začal v Čechách praktikovat tzv. rituál zmizení dítěte. Mrtvě narozené dítě bylo po porodu odneseno pryč z porodní místnosti, žena dítě neviděla a často ani

nedostala informace o velikosti a váze dítěte či jeho pohlaví. Cílem tohoto přístupu dle autorky bylo minimalizovat psychické utrpení rodičů. Podobně popisuje situaci i Leon (2001) v zahraničním kontextu. Autor také uvádí, že matkám bylo po porodu mrtvého dítěte doporučováno, aby na ztrátu dítěte co nejrychleji zapoměly a co nejrychleji znovu otěhotněly. Jak již bylo naznačeno v kapitole 1.4 a jak uvádí také Gravensteen a kol. (2013), v posledních desetiletích je v zemích západní společnosti běžné, že matka i další blízcí jsou naopak v kontaktu s mrtvě narozeným dítětem podporováni. Tato proměna se dá charakterizovat jako odklon od snahy zabránit vytvoření pouta rodiče k dítěti a od snahy o eliminaci veškerých vzpomínek na dítě a naopak započítí vnímání kontaktu s dítětem jako léčivého rituálu umožňujícího skutečné rozloučení se (Kersting & Wagner, 2012; Martínez-Serrano et al., 2019; Trulsson & Rådestad, 2004).

Z hlediska vlivu kulturního kontextu Heazell a kol. (2016) v rámci jejich přehledové studie uvádějí, že v zemích s nízkými a středními příjmy (v anglicky psané literatuře *Low-income countries* a *Middle-income countries*) je porod mrtvého dítěte často provázen zvýšenou mírou stigmatizace a sociální izolace matek. Autoři také uvádějí, že to, jak žena v situaci porodu mrtvého dítěte následně vyjadřuje své emoce a zachází s vlastním zármutkem, je ovlivňováno i strachem ze ztráty postavení v dané společnosti, či dokonce sociálního vyloučení. V kvalitativní studii tchaj-wanských žen z roku 2002 autoři Hsu a kol. uvádějí, že v tchaj-wanské společnosti je ženin sociální status upevňován tím, že se stane matkou mužských následovníků rodu. Situace porodu mrtvého dítěte je pak v dané společnosti spjata s představou tzv. špatné smrti, neboť je vnímána jako smrt nepřirozená. Dotazované ženy, které prošly zkušeností porodu mrtvého dítěte, v rámci studie pak uváděly, že se cítily často nucené svůj zármutek a truchlení skrývat před okolím. Řada z nich prožívala také hluboké pocity viny, mimo jiné plynoucí i ze zklamání partnera a jeho rodiny z nemožnosti přivést na svět potomka.

Podobně i Kirui a Lister (2021) ve své kvalitativní studii keňských žen po perinatální ztrátě uvádějí, že žena svou sociální roli v dané společnosti naplňuje skrze mateřství, které je od ní očekáváno. Některé ženy v rámci této studie uváděly, že ze strany společnosti vnímaly opovržení a také přesvědčení, že daná žena musela udělat něco špatného, pokud o dítě přišla. Důležité je také podotknout, že, jak už bylo zmíněno výše, zatímco v některých kulturách se možnost spatření a dotýkání se mrtvého dítěte považuje za terapeutický rituál, pro jiné kultury je dotýkání se mrtvého spojeno s řadou negativních přesvědčení a strachem plynoucím z určitého hodnotového systému a systému víry (Bennett et al., 2005). Hsu a kol. (2002) v rámci jejich studie uvádějí, že spatření mrtvého těla je například v tchaj-wanské společnosti silně tabuizováno a matky jsou od kontaktu s mrtvě narozeným dítětem odrazovány.

2.3 Proces truchlení a jeho možné komplikace

Badenhorst a Hughes (2007) uvádějí, že zármutek by měl být chápán jako normální emoční reakce jedince na významnou ztrátu. Se zármutkem se pak nemusí pojit pouze pocity smutku, ale také pocity vzteku namířeného vůči sobě či okolí, zvýšená dráždivost, zhoršení kvality spánku či ztráta chuti k jídlu. Dle autorů je také poměrně běžné, že v akutní fázi je zármutek spojen s poklesem nálady a někdy dokonce depresivním prožíváním. Samotný proces truchlení pak autoři chápou jako přirozený způsob vyrovnávání se se ztrátou, skrze který je jedinci umožněn návrat do běžného života díky postupnému zmírňování prožívaného zármutku, a vyzývají tak k tomu, aby se zdravotníci vyhnuli patologizaci tohoto procesu. Mnoho autorů se však zároveň shoduje, že perinatální ztráta je spojena se specifickým procesem truchlení či dokonce jeho protrahováním nebo komplikacemi (Heazell et al., 2016; Säflund & Wredling, 2006; Üstündağ-Budak et al., 2015).

Kersting a kol. (2011) v rámci jejich německé populační studie docházejí ke zjištění, že ztráta dítěte představuje významný prediktor pro rozvoj komplikovaného zármutku, který Prigerson a kol. (1996) definují jako reakci na smrt blízkého člověka, která dlouhodobě narušuje fungování daného jedince a zahrnuje toužení po ztracené osobě, zahlcení myšlenkami týkajícími se zemřelé osoby a obecně neschopnost se adaptovat na danou ztrátu. V rámci International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11) (WHO, 2019) je nově komplikovaný zármutek veden pod diagnostickou jednotkou Prolonged grief disorder. V oficiální, ale dosud neimplementované české verzi 11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11), je tato diagnóza vedena pod názvem Patologický zármutek (ÚZIS ČR, 2024). Tato porucha je zde charakterizována dlouhodobým zármutkem, který provází na straně pozůstalého smrt blízké osoby a který narušuje nejrůznější oblasti fungování jedince. Vyznačuje se také přetrvávajícím zabýváním se a zaujetím zemřelou osobou, které je doprovázeno intenzivní emoční bolestí či naopak emoční otupělostí a dále se může manifestovat neschopností přijmout smrt dané osoby, pocity ztráty části sebe sama a obtížemi v zapojování se do společenských či jiných aktivit. Aby mohla být tato diagnóza udělena, měl by tento stav trvat déle než šest měsíců (ÚZIS ČR, 2024).

Jak je z diagnostických kritérií patrné, patologický zármutek se do určité míry překrývá s depresivní, úzkostnou či posttraumatickou stresovou symptomatikou. Množství studií zároveň dokládá právě významně zvýšenou míru výskytu depresivních a úzkostných symptomů či symptomů posttraumatické stresové poruchy (PTSD) u rodičů po perinatální ztrátě (Hughes et al., 2002; Sarkar et al., 2021; Vance et al., 2002). V rámci longitudinální studie autoři Vance a kol. (1995) zjistili, že ačkoliv se symptomy úzkosti a deprese u žen po perinatální ztrátě mezi druhým a osmým měsícem uplynulým od ztráty významně snížily, stále tyto ženy vykazovaly po osmi měsících oproti kontrolní skupině žen, které porodily živé dítě, významně zvýšenou

míru výskytu těchto symptomů. Gravensteen a kol. (2013) uvádějí, že ve skupině žen, u kterých od perinatální ztráty uplynulo mezi 5 a 18 lety, jedna třetina z nich vykazovala klinicky významné symptomy PTSD. Autoři Campbell-Jackson a Horsch (2014) v rámci jejich přehledové studie uvádějí, že ačkoliv psychické komplikace po porodu mrtvého dítěte jsou u žen nejvýraznější v prvních měsících následujících po dané události, u některých žen přetrvávají až roky. Cacciatore (2010) pak podotýká, že perinatální ztráta s sebou nese celoživotní vyrovnávání se s touto situací.

Množství kvalitativních výzkumů také přichází se zjištěním, že řada rodičů má potřebu mrtvě narozeného potomka začlenit do jejich dalšího života a celého rodinného systému a dlouhodobě udržovat k mrtvě narozenému dítěti vztah (Samuelsson et al., 2001; Üstündağ-Budak et al., 2015; Yamazaki, 2010). Yamazaki (2010) v rámci své kvalitativní studie uvádí, že pro některé japonské ženy je vyrovnávání se se ztrátou mrtvě narozeného dítěte doprovázeno potřebou vytvořit pro zemřelé dítě upomínkové místo v domácnosti či začlenit dítě do každodenních rituálů, které mohou být reprezentovány například promlouváním k zemřelému potomkovi. V těchto úkonech pak dotazované ženy vidí zdroj pozitivních emocí. Säflund a kol. (2004) uvádějí, že i po čtyřech až šesti letech uplynulých od zkušenosti perinatální ztráty matky popisují, že velmi často až denně myslí na své zemřelé dítě. Podobně i muži v rámci studie Bonnette a Broom (2012) uvádějí, že nezřídka k dítěti v duchu promlouvají, připomínají si výročí úmrtí dítěte či cítí potřebu hovořit o dítěti s druhými. V rámci kvalitativní studie Nuzum a kol. (2018) pak někteří rodiče uvedli, že vztah, který je pojí k mrtvě narozenému dítěti, je srovnatelný se vztahem k jejich ostatním žijícím potomkům.

Pokračující vztah mezi rodičem a dítětem i po potomkově smrti se dá chápat také v rámci konceptu tzv. přetrvávající vazby (v anglicky psané literatuře *Continuing bond*). Koncept přetrvávající vazby popisuje pokračující vztah k důležité blízké osobě, která již není přítomna, a reprezentuje snahu o udržení fyzické i psychické blízkosti k zemřelému (Field et al., 2005). Autoři Field a Filanosky (2009) rozlišují dva druhy této přetrvávající vazby: externalizovanou a internalizovanou. Externalizovanou přetrvávající vazbu autoři vztahují k nepřijetí či dokonce popření smrti dané osoby, které se manifestuje například intruzivními halucinacemi či iluzemi spjatými s pocitem, že daná osoba stále existuje v přítomnosti. V rámci jejich výzkumu pak tento druh vazby pozitivně koreloval s pocitem odpovědnosti za smrt dané osoby a také vnímaným zhoršeným fyzickým zdravím na straně pozůstalých. Internalizovaná přetrvávající vazba, která dle definice autorů zahrnuje zvnitřněnou mentální reprezentaci zemřelého a dobrovolné vztahování se dané osoby k této reprezentaci, pak pozitivně korelovala naopak s posttraumatickým růstem dotazovaných účastníků. Field a Filanosky (2009) pak tedy přítomnost externalizované přetrvávající vazby chápou ve vztahu k vyrovnávání se se ztrátou jako maladaptivní a přítomnost internalizované přetrvávající vazby naopak jako adaptivní.

V situaci porodu mrtvého dítěte a obecněji v situaci perinatální ztráty se mohou rodiče potýkat také s tzv. sociálně neuznávaným zármutkem (v anglicky psané literatuře *Disenfranchised grief*) (Heazell et al., 2016; Lang et al., 2011; McCreight, 2008). Ten Doka (2002) definuje jako zármutek, který nejenže není uznán, ale pozůstalému také v danou chvíli není přiznáno právo otevřeně zármutek spojený se ztrátou projevovat, a tedy v souvislosti se ztrátou truchlit. Jak uvádí Lang a kol. (2011), rodiče v situaci perinatální ztráty mohou toto nepřijetí zármutku prožívat na několika úrovních – uvnitř partnerského vztahu, v kontaktu s ošetřujícím personálem či v kontaktu se sociálním okolím. Uvnitř partnerského vztahu může určitá forma nepřijetí zármutku vznikat oboustranně na základě rozdílného přístupu partnerů k vyrovnávání se se ztrátou. Cacciatore, DeFrain a kol. (2008) uvádějí, že zatímco některé ženy v rámci jejich studie vyjadřovaly potřebu u ztráty déle emočně setrvávat a projevovat a sdílet emoce spojené s jejich zármutkem, někteří muži vyjadřovali naopak potřebu rychlejší orientace na budoucnost a na návrat do běžného života. V některých ženách dotazovaných v rámci výzkumu pak přístup partnera vyvolával pocit, že k potomkovi necítil významný vztah, v mužích přístup partnerky pak v některých případech vyvolával pocit, že žena neustálým vrácením se k traumatické události zbytečně prodlužuje své utrpení. S podobnými závěry pak přichází i studie autorů Lang a kol. (2011).

Co se týče přístupu personálu, nepřijetí zármutku z jejich strany někteří rodiče cítí v situaci, kdy ošetřující personál z jejich pohledu redukuje zkušenost porodu mrtvého dítěte na zdravotní problém bez přihlédnutí ke ztrátě, kterou tato událost přináší (Lang et al., 2011; Lee, 2012). Nepřijetí je pak pro některé rodiče reprezentováno také pocíťovanou devalvací existence dítěte ze strany ošetřujícího personálu, která se projevuje nedostatkem úcty a respektu při zacházení s jejich mrtvě narozeným potomkem či necitlivým hovořením o něm (Cacciatore et al., 2013; Glaser Chodik & Baum, 2023; Nordlund et al., 2012). I ze strany sociálního okolí řada rodičů cítí nepřijetí a devalvací zármutku (Cacciatore, 2010; Kelley & Trinidad, 2012), někteří muži například reportují, že jim sociální okolí nepřiznává roli truchlícího otce, ale pouze roli opory pro truchlící partnerku (Glaser Chodik & Baum, 2023; Martínez-Serrano et al., 2019). Nedostatek sociálního uznání zármutku v situaci porodu mrtvého dítěte pak může ústít také v sociální izolaci truchlících rodičů, kteří necítí ze strany společnosti pochopení (Cacciatore, 2010; Kelley & Trinidad, 2012; McCreight, 2008).

3. Prožívání matek a otců v situaci porodu mrtvého dítěte

3.1 Psychopatologický kontext a mezipohlavní rozdíly

Jak již bylo nastíněno v rámci předchozích kapitol a jak uvádí řada přehledových studií, zkušenost s porodem mrtvého dítěte má významný a dlouhotrvající dopad na psychické prožívání i sociální fungování rodičů i dalších rodinných příslušníků (Burden et al., 2016; Campbell-Jackson & Horsch, 2014; Heazell et al., 2016). V rámci studie Sarkar a kol. (2021) autoři zjistili, že matky i otcové, kteří prošli zkušeností porodu mrtvého dítěte, vykazovali dva až šest týdnů po porodu oproti kontrolní skupině matek a otců živě narozených dětí signifikantně vyšší míru úzkosti a deprese. Podobně i Vance a kol. (1995) uvádějí, že matky a otcové, kteří prošli perinatální ztrátou, vykazovali po dvou měsících uplynulých od této ztráty významně vyšší míru úzkostně-depresivních symptomů v porovnání s kontrolní skupinou matek a otců živě narozených dětí. Hughes a kol. (2002) v jejich kvantitativní studii porovnávali ženy, které prošly porodem mrtvého dítěte, s kontrolní skupinou žen, které porodily živé dítě, a to ve třetím trimestru následujícího těhotenství. Ženy, které prošly porodem mrtvého dítěte, podobně jako v dalších výše zmíněných výzkumech vykazovaly významně vyšší míru symptomů deprese, úzkosti a také PTSD. Autoři však zároveň uvádějí, že po jednom roce uplynulém od narození dalšího dítěte tyto rozdíly mezi dvěma skupinami žen již nebyly statisticky významné.

Jones a kol. (2023) pak uvádějí, že míra úzkostných a depresivních symptomů a také míra symptomů PTSD u rodičů po porodu mrtvého dítěte významně negativně koreluje s dobou uplynulou od ztráty. Podobně i výše zmíněná studie autorů Vance a kol. (1995) dokládá, že na straně matek, které prošly perinatální ztrátou, došlo mezi druhým a osmým měsícem uplynulým od této ztráty k významnému poklesu úzkostně-depresivních symptomů. I přesto však daná skupina matek v tomto výzkumu vykazovala po osmi měsících uplynulých od ztráty významně zvýšenou míru těchto symptomů oproti kontrolní skupině matek, které porodily živé dítě. Ačkoliv se tedy na základě uvedených studií dá usuzovat, že psychické obtíže související s porodem mrtvého dítěte se u rodičů v průběhu času zmírňují, výsledky studií naznačují, že řadu měsíců po porodu mrtvého dítěte mohou zůstat stále významné. Bennett a kol. (2005) pak také podotýkají, že negativní dopady ztráty se i po jejich částečném odeznění mohou v určitých momentech znovu aktivovat, jako příklad autoři uvádějí výročí spojená s úmrtím dítěte. Mezi další reaktivační podněty pak patří také těhotenství následující po ztrátě (Hughes et al., 2002; Turton et al., 2006).

Několik kvantitativních studií přichází se zjištěním, že muži vykazují oproti ženám po porodu mrtvého dítěte méně psychologických komplikací či nižší intenzitu zármutku (Sarkar et al., 2021; Vance et al., 2002; Zeanah et al., 1995). Zeanah a kol. (1995) například uvádějí, že

muži, kteří prošli zkušeností ztráty dítěte v situaci porodu mrtvého dítěte, v rámci jejich studie vykazovali nižší míru symptomů deprese a také nižší míru zármutku oproti jejich partnerkám. Sarkar a kol. (2021) pak uvádějí, že muži po porodu mrtvého dítěte vykazovali oproti jejich partnerkám významně nižší míru úzkosti a vnímaného stresu. Säflund a Wredling (2006) uvádějí, že zatímco zpětně reportovaná míra prožívaného zármutku v situaci, kdy rodiče drželi jejich mrtvě narozené miminko, se mezi muži a ženami významně nelišila, ženy vykazovaly po třech měsících uplynulých od ztráty oproti jejich partnerům významně vyšší míru negativního a nižší míru pozitivního well-beingu.

Řada autorů však také upozorňuje, že porovnávání mužského a ženského zármutku v situaci perinatální ztráty z hlediska jeho intenzity je zavádějící (Bonnette & Broom, 2012; Glaser Chodik & Baum, 2023; McCreight, 2004). McCreight (2004) uvádí, že zatímco jádrový prožitek ztráty může být u mužů i žen podobný, rozdíly v chování mezi pohlavími jsou determinovány také sociálními a institucionálními vlivy, které modifikují behaviorální projevy mužského zármutku, a mohou tak bránit mužům v otevřeném projevení prožívaných emocí. Badenhorst a kol. (2006) také zmiňují, že většina studií se u rodičů, kteří prošli perinatální ztrátou, zaměřuje výlučně na měření symptomů úzkosti a deprese a na základě těchto kritérií posuzuje dopady ztráty. Vzhledem ke komplexitě jevu truchlení jako takového dle autorů však tato měřítka nemohou být vnímána jako postačující pro posouzení psychologických dopadů perinatální ztráty. Bonnette a Broom (2012) pak také podotýkají, že je otázkou, do jaké míry jsou metody operacionalizující zármutek senzitivní ke způsobu prožívání zármutku a truchlení u samotných mužů. Řada autorů pak také upozorňuje na skutečnost, že studií zabývajících se prožíváním mužů v situaci porodu mrtvého dítěte je stále zásadní nedostatek (Glaser Chodik & Baum, 2023; Jones et al., 2019; Sarkar et al., 2021).

3.2 Oznámení zprávy o úmrtí dítěte

Množství rodičů v rámci kvalitativních výzkumů uvádí, že pro ně situace porodu mrtvého dítěte představovala zcela nečekanou událost, která navíc přicházela po do té doby bezproblémově probíhajícím těhotenství (Kelley & Trinidad, 2012; Lee, 2012; Yamazaki, 2010). Řada žen však také zpětně uvádí, že před sdělením samotné diagnózy pocítovala určité obavy o zdraví dítěte, a to zejména kvůli vnímanému útlumu pohybu plodu (Gravensteen et al., 2013; Nuzum et al., 2018; Trulsson & Rådestad, 2004). Podobně i část mužů v rámci výzkumu Samuelsson a kol. (2001) uváděla, že období před oznámením zprávy o úmrtí dítěte pro ně bylo spojeno s obavami o zdraví potomka. Tyto obavy však primárně navazovaly na verbalizované obavy partnerky.

Oznámení zprávy o úmrtí dítěte je pak u matek i otců doprovázeno pocíty naprostého ochromení, derealizace, vnímanou otupělostí emocí či potřebou ze situace uniknout (Martínez-

Serrano et al., 2019; Ratislavová et al., 2014; Trulsson & Rådestad, 2004). Oznámení zprávy o úmrtí dítěte je zároveň u řady matek a otců doprovázeno určitým popřením, které je reprezentováno například pocíťovanou nadějí, že při sdělování diagnózy muselo dojít k medicínskému omylu a dítě ve skutečnosti žije (Martínez-Serrano et al., 2019; Nuzum et al., 2018). Mezi podpůrnými faktory, které ženám napomáhaly zvládnout dobu mezi oznámením zprávy o úmrtí dítěte a samotným porodem, ženy jmenovaly komunikaci s partnerem, předchozí zkušenost se zvládnutím těžkostí v životě či představu budoucího těhotenství, které povede v porod živého a zdravého dítěte (Malm et al., 2011). Samuelsson a kol. (2001) pak uvádějí, že pro řadu mužů je období čekání na porod spjato s potřebou převzít za partnerku odpovědnost v rámci praktických náležitostí. Tato potřeba však u některých mužů vyvolává vnitřní konflikt, neboť se sami cítí být situací zasaženi a prožívají řadu intenzivních negativních emocí.

Část matek i otců v rámci kvalitativních výzkumů uvádí, že po oznámení zprávy o úmrtí dítěte požadovali, aby byl porod dítěte proveden císařským řezem (Trulsson & Rådestad, 2004; Samuelsson et al., 2001; Säflund & Wredling, 2006). Toto přání může na straně žen souviset s některými ženami reportovanou potřebou dostat mrtvé dítě co nejrychleji pryč z vlastního těla a také s vnímanou nepředstavitelností vaginálního porodu v dané situaci (Malm et al., 2011). Někteří muži pak mezi důvody přání vyhnout se vaginálnímu porodu partnerky uvádějí potřebu minimalizovat partnerčino fyzické utrpení, které se jeví jako zbytečné ve chvíli, kdy nepovede k porodu živého potomka (Samuelsson et al., 2001). Trulsson a Rådestad (2004) i Samuelsson a kol. (2001) zároveň uvádějí, že po obdržení informací o benefitech přirozeného porodu pro fyzické zdraví ženy nakonec všichni dotazovaní rodiče v rámci obou studií s tímto způsobem vedení porodu souhlasili. Řada rodičů v rámci kvalitativních výzkumů také uvádí, že v situaci oznámení zprávy o úmrtí dítěte a následného čekání na započetí porodu pocíťovali potřebu jasných a srozumitelných informací ze strany personálu, a to zejména o tom, jak bude celý proces porodu probíhat a jaké všechny konkrétní kroky bude nutné v rámci něj podstoupit (Malm et al., 2011; Nuzum et al., 2018; Trulsson & Rådestad, 2004).

V období mezi oznámením zprávy o úmrtí miminka a porodem samotným čelí ženy složité situaci, ve které se musejí vyrovnávat se smrtí vlastního dítěte a zároveň se psychicky připravovat na samotný porod (Malm et al., 2011). Trulsson a Rådestad (2004) doporučují, aby porod dítěte nebyl zahájen ihned po oznámení zprávy, a matky tak měly čas si před porodem odpočinout a na porod se připravit. Rådestad, Steineck a kol. (1996) v rámci jejich švédské populační studie však zároveň uvádějí, že ženy, u nichž mezi oznámením zprávy o úmrtí dítěte a započatím samotného porodu uplynulo více než 25 hodin, vykazovaly po třech letech uplynulých od ztráty signifikantně zvýšenou míru úzkostných symptomů oproti skupině matek, u nichž byl porod vyvolán do 24 hodin.

3.3 Porod

Situaci oznámení zprávy o úmrtí dítěte na straně některých žen doprovází také pocit naprosté nepředstavitelnosti procesu porodu v této situaci (Ratislavová et al., 2014). Rådestad a kol. (1998) v rámci jejich populační studie uvádějí, že ženy, které prošly porodem mrtvého dítěte, popisují porod jako významně fyzicky i psychicky náročnější než ženy, které prošly porodem živého dítěte. Yamazaki (2010) v rámci své kvalitativní studie uvádí, že samotný porod je na straně žen spojen s pocity lítosti, vzteku, osamělosti a prázdnoty. Malm a kol. (2011) pak uvádějí, že některé ženy v situaci porodu mrtvého dítěte cítí potřebu potlačit vlastní emoce a zaměřit se výlučně na procesuální stránku porodu, který vnímají jako nutný krok a jediné řešení celé situace. Proces porodu je pro některé ženy zároveň ulehčován představou budoucího kontaktu s miminkem, který je jimi považován za žádoucí (Yamazaki, 2010). Samuelsson a kol. (2001) zmiňují, že mezi muži popisovanými prožitky v situaci samotného porodu dominují především obavy o zdraví partnerky a pocit frustrace plynoucí z nemožnosti partnerce pomoci od prožívané bolesti a utrpení.

Trulsson & Rådestad (2004) uvádějí, že moment přivedení dítěte na svět je pro některé ženy spojen s úlekem plynoucím z nastalého ticha, které je způsobeno tím, že miminko nepláče. Na straně některých mužů je pak moment narození potomka spojen s pocity smutku, viny, prázdnoty, nespravedlnosti či lítosti plynoucí z myšlenky, že dítě zemřelo dříve, než se stačilo narodit (Samuelsson et al., 2001). Martínez-Serrano a kol. (2019) uvádějí, že otcové i matky v rámci jejich studie vyjadřovali při porodu potřebu soukromí, a to zejména v ohledu oddělení od okolních rodičích párů. Množství kvalitativních studií také dokládá, že kontakt s dalšími těhotnými ženami a novorozenci, ale i pouhý kontakt s jejich křikem či pláčem představuje pro řadu rodičů v situaci samotného porodu mrtvého dítěte velmi bolestivou a zatěžující zkušenost (Lee, 2012; Martínez-Serrano et al., 2019; Nordlund et al., 2012). Řada mužů v rámci kvalitativních výzkumů také uvádí, že ačkoliv se v dané chvíli necítili připraveni k rozhodování o praktických či administrativních úkonech spojených se situací porodu mrtvého dítěte a také informování blízkého i širšího sociálního okolí o ztrátě, byli to právě oni, na které byla v tomto ohledu kladena odpovědnost (Glaser Chodik & Baum, 2023; McCreight, 2004; Worth, 1997).

I přes náročnost procesu porodu se v rámci kvalitativních výzkumů objevují zpětně ve výpovědích řady rodičů také pozitivně hodnocené aspekty této události. Lee (2012) v rámci své kvalitativní studie uvádí, že ačkoliv několik žen popisovalo porod jako traumatizující a bolestivý, většina dotazovaných žen porod zpětně hodnotila jako pozitivní zkušenost, která validizovala existenci dítěte a která jim umožnila si k dítěti vytvořit hlubší pouto. Podobně i Rådestad, Nordin a kol. (1996) v rámci jejich švédské populační studie uvádějí, že více než polovina matek porod označila jako cennou upomínku na zemřelé dítě. Trulsson a Rådestad (2004) pak popisují, že některým z dotazovaných žen zvládnutí porodu přineslo také pocit

hrdosti plynoucí ze skutečnosti, že dokázaly dítě přivést na svět. Autorky podotýkají, že tyto pocity pak tvořily kontrast k pocitům selhání, které některé ženy prožívaly v návaznosti na myšlenku, že nebyly schopné dítě donosit. Podobně i Ryninks a kol. (2014) v rámci jejich kvalitativní studie uvádějí, že pro některé ženy je porod mrtvého dítěte spojen s pocity pýchy z nově nabytého mateřství. Samuelsson a kol. (2001) pak uvádějí, že i někteří z dotazovaných mužů vnímají zpětně přirozený porod jako „správné“ řešení, které umožnilo důstojné přivedení miminka na svět.

3.4 Rozloučení se s mrtvě narozeným dítětem

Řada autorů se shoduje na tom, že právě kontakt s mrtvě narozeným dítětem umožňuje ženám započít zdravý proces truchlení, neboť je přímo konfrontuje s realitou potomkovy smrti (Lindgren et al., 2014; Malm et al., 2011; Üstündağ-Budak et al., 2015). Gravensteen a kol. (2013) uvádějí, že kontakt s narozeným potomkem se u žen, které prošly porodem mrtvého dítěte, ukázal jako významný protektivní faktor ve vztahu k rozvoji následných posttraumatických stresových symptomů. Rådestad a kol. (2009) pak uvádějí, že ženy, které prošly porodem mrtvého dítěte staršího 37 týdnů a které neměly možnost své dítě po porodu držet v náručí, reportovaly významně častěji bolesti hlavy a obtíže se spánkem oproti ženám, které tuto možnost měly. Ratislavová a kol. (2016) v rámci jejich výzkumu pak zjistili, že matky, které se rozhodly spatřit své mrtvě narozené dítě, vykazovaly nižší míru intenzity zármutku než ženy, které se rozhodly své mrtvě narozené dítě nespátřit – rozdíl mezi skupinami v míře zármutku však nebyl statisticky signifikantní. Cacciatore, Rådestad a Frøen (2008) v rámci jejich mezinárodního vzorku 2 292 žen, které prošly porodem mrtvého dítěte, uvádějí, že ženy, které měly možnost své mrtvě narozené dítě vidět a chovat v náručí, vykazovaly nižší míru symptomů úzkosti a deprese v porovnání se ženami, které tuto možnost neměly či se pro ni nerozhodly.

Ačkoliv by se na základě předchozích zmíněných studií mohlo zdát, že kontakt s mrtvě narozeným dítětem tedy působí protektivně ve vztahu k rozvoji řady následných obtíží na straně matek, existují i studie, které takové závěry rozporují. Redshaw a kol. (2016) v rámci jejich studie uvádějí, že ženy, které se rozhodly držet své mrtvě narozené miminko v náručí, vykazovaly po devíti měsících od ztráty významně zvýšenou míru symptomů úzkosti a vztahových obtíží oproti ženám, které miminko v náručí nedržely. Hennegan a kol. (2018) pak uvádějí, že muži, kteří se rozhodli držet po porodu v náručí jejich mrtvě narozené dítě, vykazovali po třech měsících uplynulých od ztráty významně vyšší míru symptomů deprese a PTSD v porovnání s muži, kteří tak neučinili. Je však důležité podotknout, že výzkumný vzorek v této studii byl tvořen ženami předchozí zmíněné studie, které popisovaly symptomy u jejich partnerů.

Některé studie také naznačují, že specifické negativní dopady pak může mít kontakt s mrtvě narozeným dítětem v rámci dalšího těhotenství. Cacciatore, Rådestad a Frøen (2008) uvádějí, že pro podskupinu žen po porodu mrtvého dítěte, které byly v době výzkumu znovu těhotné, byl kontakt s mrtvě narozeným potomkem spojen s vyšší mírou prožívaných úzkostných symptomů v porovnání se ženami, které se pro kontakt s jejich mrtvě narozeným potomkem nerozhodly. Podobně i Hughes a kol. (2002) v rámci jejich longitudinální studie uvádějí, že ženy, které se rozhodly spatřit své mrtvě narozené dítě, vykazovaly významně více symptomů deprese, úzkosti a PTSD ve třetím trimestru následného těhotenství oproti ženám, které se rozhodly své mrtvě narozené dítě nespátřit a byly také těhotné.

Množství kvalitativních výzkumů zároveň uvádí, že řada rodičů, kteří po porodu mrtvého dítěte absolvovali kontakt s jejich potomkem, tento akt zpětně oceňuje (Gravensteen et al., 2013; Kelley & Trinidad, 2012; Ratislavová et al., 2014) a z rodičů, kteří kontakt s dítětem neuskutečnili, tohoto rozhodnutí část zpětně lituje (Downe et al., 2013; Lee et al., 2012; Ryninks et al., 2014). Matky i otcové v rámci kvalitativních výzkumů uváděli, že kontakt s mrtvě narozeným dítětem jim umožnil validizovat jejich rodičovství ve vztahu k danému dítěti (Bonnette & Broom, 2012; Nuzum et al., 2018) či validizovat skutečnou existenci dítěte (Lee, 2012; Worth, 1997). Ryninks a kol. (2014) pak uvádějí, že některé ženy si interpretovaly kontakt s mrtvě narozeným dítětem jako příležitost, jak dát miminku sbohem a jak započít proces vyrovnávání se s danou situací. Řada mužů kontakt s mrtvě narozeným dítětem pak v rámci výzkumů popisuje jako pozitivní zkušenost, která v jejich životě představuje cennou upomínku na zesnulého potomka (Bonnette & Broom, 2012; McCreight, 2004; Samuelsson et al., 2001).

Samotný kontakt s dítětem pak některé ženy v rámci kvalitativních výzkumů popisují zpětně jako silně emočně nabitou zkušenost (Ratislavová et al., 2014) či dokonce jako nejpozitivnější moment jinak traumatizujícího procesu (Ryninks et al., 2014). Ryninks a kol. (2014) však také uvádějí, že pro některé ženy je moment kontaktu s mrtvě narozeným dítětem spojen s pocity připomínajícími stav derealizace a disociace. V průběhu kontaktu někteří rodiče cítí potřebu hledat ve tváři dítěte podobnosti s nimi samými, partnerem či partnerkou i dalšími rodinnými příslušníky (Ryninks et al., 2014; Worth, 1997) a někteří také cítí v této fázi potřebu dítě pojmenovat (Nuzum et al., 2018; Säflund & Wredling, 2006; Worth, 1997). V rámci kvalitativních výzkumů pak také některé matky a otcové vyjadřují zpětně přání umožnit kontakt s mrtvě narozeným dítětem i dalším rodinným příslušníkem (Martínez-Serrano et al., 2019; Ryninks et al., 2014). Säflund a kol. (2004) uvádějí, že umožnění kontaktu s mrtvě narozeným dítětem i dalším blízkým může pomoci zprostředkovat těmto lidem skutečnou existenci dítěte a může na jejich straně usnadňovat vztahování se k dítěti například v rámci pozdějších hovorů o něm.

Specifickou roli v samotném kontaktu s mrtvě narozeným miminkem může hrát také jeho posmrtný vzhled. Ryninks a kol. (2014) uvádějí, že pro některé matky, jejichž dítě trpělo vážnými tělesnými defekty, představoval kontakt s dítětem velmi náročnou a spíše negativní zkušenost. Podobně i McCreight (2004) uvádí, že někteří muži se cítili vzhledem miminka zaskočení, a to zvláště v situaci, kdy dítě trpělo určitou formou fyzických malformací. Borůvková a kol. (2015) v rámci doporučení pro zdravotníky pracujícími s rodiči v situaci porodu mrtvého dítěte uvádějí, že v případě viditelných vad na těle dítěte by měl ošetřující personál na tuto skutečnost rodiče připravit, vady jednoduše popsat, popřípadě tato místa na těle dítěte zakrýt. Autorky zároveň podotýkají, že kontakt s fyzickými vadami na těle dítěte může pomoci rodičům pochopit důvod jeho smrti.

Jako nejbolestivější část kontaktu s mrtvě narozeným dítětem a také jako nepřirozený krok, který odporuje instinktivní potřebě pečovat o dítě, pak některé ženy vnímají konečné odevzdávání dítěte do rukou ošetřujícího personálu (Lindgren et al., 2014; Üstündağ-Budak et al., 2015). Cacciatore (2010) podotýká, že po porodu mrtvého dítěte je tělo i psychika matky stále nastavena na hlavní úkol: vyživit nově narozeného potomka a vytvořit s ním pouto. Tento úkol je pak spojen jednak se započítím produkce mateřského mléka, ale také s masivním vyplavováním mateřských hormonů. Oba tyto fyziologické procesy pak tvoří jakýsi protiklad k realitě, že dítě zemřelo. Lindgren a kol. (2014) uvádějí, že rozloučení se s dítětem a jeho předání do rukou ošetřujícího personálu pak některým ženám ulehčoval fakt, že tělo miminka začalo v průběhu kontaktu prodělávat posmrtné změny a další prodlužování kontaktu v této fázi bylo vnímáno jako ubližování dítěti. Autorka v rámci své studie také uvádí, že pro některé ženy bylo důležité moci zanechat dítě v rukou člena personálu, kterého znaly a důvěřovaly mu.

Řada rodičů v rámci kvalitativních výzkumů také zpětně uvádí přání mít možnost strávit s miminkem více času, než kolik jim bylo umožněno (Cacciatore, 2010; Lee, 2012; Säflund & Wredling, 2006). Surkan a kol. (2008) zjistili, že matky, které zpětně vyjadřovaly nespokojenost ohledně množství času, jež s mrtvě narozeným miminkem měly možnost strávit, vykazují oproti matkám, které měly možnost strávit s miminkem z jejich pohledu dostatečné množství času, významně vyšší míru depresivních symptomů, a to po třech letech uplynulých od dané ztráty. Autoři však také upozorňují, že výsledky mohou být zkresleny skutečností, že ženy, které po porodu mrtvého miminka zažívají více psychických obtíží, mohou zpětně spíše vyjadřovat nespokojenost s množstvím času stráveným s potomkem.

3.4.1 Proces rozhodování

Důležitou součástí problematiky kontaktu s mrtvě narozeným potomkem je také samotný proces rozhodování se, zda dítě vidět či ne. Řada rodičů v rámci kvalitativních výzkumů uvádí, že se pro kontakt s dítětem rozhodla na základě vnímané potřeby dítěte poznat a

vědět, jak vypadalo (Ratislavová et al., 2016; Samuelsson et al., 2001). Někteří z rodičů však také uvádějí, že rozhodnutí o kontaktu s dítětem předcházela na jejich straně nutnost překonat prvotní obavy plynoucí jednak obecně z přímého kontaktu se smrtí (Ratislavová et al., 2016; Ryninks et al., 2014), ale také z toho, že tělo dítěte bude příliš deformované a pohled na něj bude bolestivý (Lee, 2012; Nuzum et al., 2018; Ryninks et al., 2014). Rozhodnutí dítě nevidět pak u některých žen pramenilo také například z potřeby neprohlubovat vztah k dítěti, které bude muset být opuštěno (Lindgren et al., 2014) či potřeby zanechat traumatizující zkušenost porodu mrtvého dítěte co nejrychleji za sebou (Ratislavová et al., 2014). Ratislavová a kol. (2016) pak v rámci jejich výzkumu identifikovali také jakési externí faktory vstupující do procesu rozhodování se o kontaktu s dítětem, a to: míru dostupné sociální opory, dostupnost informací o možnosti kontaktu s dítětem a postoj ošetřujícího personálu ke kontaktu.

Množství kvalitativních i kvantitativních výzkumů a také přehledových studií se shoduje na tom, že právě přístup personálu hraje významnou roli v situaci, kdy se rodiče rozhodují o uskutečnění kontaktu či obecně rozloučení se s jejich mrtvě narozeným potomkem (Kingdon et al., 2015; Samuelsson et al., 2001; Trulsson & Rådestad, 2004). Rådestad a kol. (2009) v rámci jejich výzkumu například zjistili, že ženy, které byly ze strany personálu plně podporovány v kontaktu s mrtvě narozeným dítětem, významně častěji tento kontakt uskutečnily, a to v porovnání se ženami, které získaly ze strany personálu nízkou či žádnou podporu v tomto směru. Řada rodičů v rámci kvalitativních výzkumů také uváděla, že zpětně oceňuje podněcování personálu ke kontaktu s mrtvě narozeným miminkem, či dokonce uváděla, že by personál měl být v nabízení kontaktu s dítětem aktivnější (Rådestad, Nordin et al., 1996; Samuelsson et al., 2001; Säflund & Wredling, 2006).

Erlandsson a kol. (2013) v rámci jejich výzkumu uvádějí, že matky, kterým bylo po porodu mrtvě narozené miminko personálem předáno bez předchozího dotazování, hodnotily kontakt s dítětem jako významně více příjemný a méně děsivý, v porovnání s matkami, které se rozhodly pro kontakt s dítětem po dotazování personálem. Autoři zároveň uvádějí, že dotazování personálu může negativně ovlivnit spontánní touhu rodičů po spatření dítěte, neboť může být tímto krokem implikováno, že kontakt s dítětem nepředstavuje zcela běžný akt. Někteří rodiče v rámci kvalitativního výzkumu autorů Kelley a Trinidad (2012) dokonce uvádějí, že si zpětně cení kontaktu s jejich mrtvě narozeným dítětem, ačkoliv k němu byli personálem z jejich pohledu donuceni v dané chvíli proti své vůli. Ratislavová a kol. (2016) však zjistili, že matky, které měly pocit, že samy rozhodly o tom, zda podstoupí kontakt s jejich mrtvě narozeným dítětem, vykazovaly s určitým časovým odstupem významně nižší míru zármutku než matky, které měly pocit, že za ně o kontaktu s dítětem rozhodl někdo jiný. Možnost rozhodnutí se o kontaktu s mrtvě narozeným dítětem pak Ratislavová a kol. (2014)

chápu jako prostředek k získání prvotní kontroly v jinak v mnoha ohledech nekontrolovatelné situaci.

ACOG (2020) v rámci jejich doporučení uvádí, že rodičům by měl být ošetřujícím personálem poskytnut dostatek informací tak, aby mohli kompetentně učinit rozhodnutí o krocích týkající se jich samých či jejich mrtvě narozeného dítěte. Další odborné společnosti pak doporučují, aby ošetřující personál v situaci porodu mrtvého dítěte rodiče v jejich případném přání uskutečnit kontakt se zemřelým potomkem podporoval, vyhnul se ale jejich přesvědčování (PSANZ, 2020; RCOG, 2010). National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2020) pak doporučuje, aby ošetřující personál kontakt s mrtvě narozeným dítětem či uchování hmotné upomínky na něj s rodiči probral jako potenciální možnost.

3.4.2 Vytvoření upomínek na dítě

Jak již bylo zmíněno v kapitole 1.4, kromě kontaktu s mrtvě narozeným potomkem mezi rituály rozloučení se patří také případné vytvoření upomínek na dítě. Řada matek i otců v rámci kvalitativních výzkumů hodnotí možnost uchování si těchto upomínek na zemřelé miminko zpětně pozitivně (Kelley & Trinidad, 2012; Trulsson & Rådestad, 2004; Üstündağ-Budak et al., 2015). Kingdon a kol. (2015) v rámci jejich přehledové studie také uvádějí, že mnoho rodičů zpětně oceňuje, pokud porodní asistentka sama vytvoří upomínky na mrtvě narozené dítě a uchová je tak, aby k nim rodiče měli přístup v případě, že by si své rozhodnutí nevlastnit upomínku na dítě rozmysleli. Tento krok doporučují personálu činit také některé odborné společnosti, jakými jsou například PSANZ (2020) či RCOG (2010).

Rådestad, Steineck a kol. (1996) v rámci jejich výzkumu zjistili, že ženy, které si nevytvořily a neuchovaly žádné upomínky na mrtvě narozené miminko, vykazovaly s odstupem času významně vyšší míru úzkostných symptomů než ženy, které si tyto upomínky vytvořily a uchovaly. Säflund a kol. (2004) pak uvádějí, že hmotné upomínky spojené s dítětem rodičům mohou připomínat skutečnou existenci jejich potomka a také mohou určitým způsobem validizovat jimi prožívaný zármutek. Rådestad, Nordin a kol. (1996) však také zdůrazňují, že spokojenost s vlastněním upomínek na mrtvě narozené miminko může být ovlivněna jejich kvalitou. Některé ženy v rámci výzkumu těchto autorů uváděly, že nejsou spokojené s fotografiemi miminka, které pořídil ošetřující personál, neboť na nich miminko vypadá nelichotivě či jsou na fotce vidět známky necitlivého zacházení s jejich potomkem.

3.5 Prvotní adaptace na situaci ztráty

Situace porodu mrtvého dítěte a na něj navazující ztráty je na straně rodičů spojena s pocity ochromení a zahlcení, emoční otupělostí a popíráním skutečnosti, ale také se silným zármutkem a psychickou bolestí či pocity strachu, vzteku a lítosti (Downe et al., 2013; Kelley & Trinidad, 2012; Kirui & Lister, 2021; McCreight, 2008). Řada kvalitativních výzkumů také

uvádí, že matky i otcové pociťují v souvislosti s porodem mrtvého dítěte silné pocity viny, které souvisejí s představou, že sami zapříčinili smrt potomka či že mohli smrti potomka zabránit, pokud by se zachovali v určitém momentu jinak (Cacciatore, 2010; Martínez-Serrano et al., 2019; Üstündağ-Budak et al., 2015). Cacciatore (2010) a Martínez-Serrano a kol. (2019) v rámci jejich studií pak také uvádějí, že u některých rodičů pocity viny pramení z nespokojenosti s rozhodnutími, které v situaci porodu mrtvého dítěte učinili či naopak neučinili.

Jak již bylo zmíněno v kapitole 1.2, mezi jedno z rozhodnutí, které musí rodiče v návaznosti na porod mrtvého dítěte učinit, patří také rozhodnutí o podstoupení či nepodstoupení pitvy dítěte. Downe a kol. (2013) uvádějí, že motivem pro souhlas s pitvou dítěte je na straně řady matek i otců především touha zjistit, proč dítě zemřelo či touha pomoci předejít situaci ztráty dítěte u dalších rodičů. Nuzum a kol. (2018) pak uvádějí, že mezi důvody odmítnutí pitvy rodiče zmiňují například touhu uchránit tělo miminka od dalšího utrpení. Řada rodičů však v rámci kvalitativních výzkumů zmiňuje, že cítili potřebu zjistit příčinu úmrtí dítěte a že pro ně znát vysvětlení bylo důležité (Gravensteen et al., 2013; Kelley & Trinidad, 2012; Säflund et al., 2004). Säflund a kol. (2004) uvádějí, že právě nalezení příčiny smrti dítěte může mírnit již zmíněné pocity viny, které se u některých rodičů po ztrátě dítěte objevují.

Někteří rodiče v rámci kvalitativních výzkumů také uvádějí, že opouštění nemocničního zařízení bez narozeného miminka pro ně bylo spojeno s pocity prázdny náruče (Kelley & Trinidad, 2012; Worth, 1997). Podobně i návrat domů některé matky i někteří otcové popisují jako plný pocitů prázdnoty a opuštění (Lindgren et al., 2014; Samuelsson et al., 2001). Yamazaki (2010) popisuje, že některé ženy se po porodu mrtvého dítěte snaží také izolovat od kontaktu s okolím, a to především od kontaktu s malými dětmi, který pro ně představuje zdroj bolestivých emocí. Podobně i řada dalších žen v rámci kvalitativních studií zmiňuje, že setkávání se s rodiči živě narozených dětí pro ně bylo v úvodní fázi vyrovnávání se se ztrátou velmi bolestivé a že vůči těmto rodičům pociťovaly závist či vztek (Martínez-Serrano et al., 2019; Nuzum et al., 2018).

Üstündağ-Budak a kol. (2015) také uvádějí, že prožití zkušeností porodu mrtvého dítěte na straně řady žen ústí v obecný nárůst pocitů strachu a úzkosti. Ratislavová a kol. (2014) i Üstündağ-Budak a kol. (2015) pak shodně popisují, že zkušenost s porodem mrtvého dítěte pro některé ženy představuje absolutní otřesení důvěry v bezpečnost světa, které je spojeno také s úzkostnou obavou, že je v brzké době čekají další neodvratitelné životní katastrofy. Některé ženy v rámci studie Cacciatore (2010) také zpětně uváděly, že se u nich zejména krátce po ztrátě miminka objevovaly myšlenky týkající se nechuti dále žít a také úvahy o sebevraždě.

Cacciatore (2010) zmiňuje, že některé ženy prožívají v souvislosti s neúspěšným

těhotenstvím také negativní emoce vztažené k vlastnímu tělu, které z jejich pohledu naprosto selhalo ve schopnosti přivést na svět zdravé dítě. Huberty a kol. (2014) v rámci jejich kvalitativního výzkumu zaměřeného na fyzickou aktivitu žen po porodu mrtvého dítěte pak popisují, že zatímco pro některé ženy je jejich tělo nesoucí známky prodělaného neúspěšného těhotenství zdrojem negativních pocitů, pro jiné z nich je těhotenský vzhled jejich těla připomínkou skutečné existence ztraceného potomka a objevuje se u nich přání si naopak tento vzhled těla zachovat.

3.5.1 Strategie vyrovnávání se

Ratislavová (2016) uvádí, že mezi strategie zvládnání zármutku, které se objevují ve výpovědích žen v situaci perinatální ztráty, patří: práce s emocemi, sdílení s blízkými i s dalšími rodiči procházejícími podobnou situací, odvedení pozornosti, orientace na budoucnost, kognitivní zpracování spojené se snahou porozumět celé zkušenosti, hledání smyslu ztráty, uspořádání rituálu rozloučení se s dítětem či například snaha hledat oporu v náboženských a spirituálních oblastech. Worth (1997) pak uvádí, že muži v rámci strategií zvládnání zármutku v situaci porodu mrtvého dítěte využívají například sdílení zkušenosti s druhými, kteří prošli podobnou ztrátou, kognitivní restrukturalizace spojené s hledáním pozitiv na dané události či snahy o emoční vzdálení se od dané zkušenosti, například skrze zaměření se na pracovní povinnosti.

Glaser Chodik a Baum (2023) v rámci jejich studie však popisují, že zatímco pro některé muže po porodu mrtvého dítěte návrat do práce představuje vítané rozptýlení, pro jiné je zdrojem významného stresu. Stres v této situaci u mužů, dle jejich výpovědí, pramení především z neschopnosti se plně soustředit na pracovní úkoly či ze zklamání z nedostatku pochopení na straně kolegů či nadřízených pro ztrátu, kterou muž prošel. Jak již bylo uvedeno v kapitole 2.3, množství kvalitativních výzkumů také přichází se zjištěním, že proces vyrovnávání se se smrtí dítěte je u některých rodičů doprovázen potřebou integrovat mrtvě narozené dítě do jejich života a udržovat k němu dále vztah (Samuelsson et al., 2001; Üstündağ-Budak et al., 2015; Yamazaki, 2010).

Do procesu vyrovnávání se se situací ztráty dítěte vstupuje na straně obou rodičů pak také řadou mužů zmiňovaná potřeba stát se pro partnerku jakýmsi opěrným bodem a upřednostnit její zármutek před zármutkem vlastním (Glaser Chodik & Baum, 2023; Martínez-Serrano et al., 2019; Samuelsson et al., 2001). Zatímco Samuelsson a kol. (2001) chápou potřebu pečovat o partnerku a upřednostňovat její potřeby před vlastními v situaci porodu mrtvého dítěte jako reakci na partnerčinu skutečnou zranitelnost, jiní autoři podotýkají, že muži pocítují potřebu být partnerce oporou také na základě socio-kulturních očekávání, která se pojí v naší společnosti k mužské roli (Bonnette & Broom, 2012; McCreight, 2004).

Bonnette a Broom (2012) uvádějí, že socio-kulturní očekávání jsou ve vztahu k mužům také spojena s nároky týkajícími se projevení jejich emocí. Řada mužů v rámci výzkumu těchto autorů popisovala, že zatímco o samotě cítili potřebu plakat, v kontaktu s partnerkou či širší rodinou cítili potřebu emoce plynoucí ze ztráty dítěte zcela potlačit. Různorodost exprese emocí v závislosti na jednotlivých společenských kontextech pak autoři chápou právě jako jeden z dokladů její socio-kulturní podmíněnosti. Ačkoliv Samuelsson a kol. (2001) ve své studii uvádějí, že většina mužů vnímala nutnost potlačení vlastního zármutku v zájmu podpory partnerky jako zatěžující, Glaser Chodik a Baum (2023) popisují, že ačkoliv pro některé muže představovala podpurná role břemeno, jiným přinášela úlevu, pocit smyslu a zvyšovala jejich sebevědomí, neboť se díky ní vnímali jako hodnotný zdroj opory pro trpící partnerku.

3.5.2 Dopady na partnerský vztah

Řada matek a otců v rámci kvalitativní studie Cacciatore, DeFrain a kol. (2008) uvádí, že zkušenost porodu mrtvého dítěte a ztráta dítěte ovlivnila jejich vzájemný partnerský vztah na mnoha úrovních. Mezi oblasti, které rodiče zmiňovali jako ovlivněné touto zkušeností, patří například citové pouto k partnerovi, sexuální soužití či rozložení péče o domácnost. Část rodičů v rámci kvalitativních výzkumů uvádí, že zkušenost s porodem mrtvého dítěte měla pozitivní dopad na jejich partnerský vztah, a to zejména v ohledu vzájemného sblížení s partnerem (Ratislavová et al., 2014; Samuelsson et al., 2001; Säflund & Wredling, 2006). Podobně i Rådestad a kol. (1997) uvádějí, že ženy, které prošly porodem mrtvého dítěte, vykazovaly po uplynutí třech až čtyř let od této události oproti kontrolní skupině žen, které porodily živé dítě, významně větší spokojenost s jejich rodinnou situací a také významně častěji reportovaly oproti kontrolní skupině zlepšení vztahu s partnerem. Řada přehledových studií však uvádí, že porod mrtvého dítěte je spojen naopak se zvýšenou partnerskou nespokojeností či dokonce vyšší mírou rizika rozpadu partnerského vztahu rodičů dítěte (Badenhorst et al., 2006; Burden et al., 2016; Heazell et al., 2016).

Jak již bylo zmíněno v kapitole 2.3, řada rodičů v rámci kvalitativních studií popisuje, že způsob truchlení po zemřelém dítěti se mezi partnery výrazně liší (Cacciatore, DeFrain et al., 2008; Samuelsson et al., 2001; Säflund & Wredling, 2006). Vance a kol. (2002) zjistili, že na straně žen významně souvisí zvýšená partnerská nespokojenost se situací, kdy žena po porodu mrtvého dítěte zažívá zvýšenou míru distresu, ale její partner ne. Nuzum a kol. (2018) pak v rámci jejich kvalitativní studie uvádějí, že se zhoršením partnerského vztahu v situaci porodu mrtvého dítěte, dle dotazovaných rodičů, souvisí především neschopnost sdílet vlastní zármutek s partnerem. Cacciatore, DeFrain a kol. (2008) podobně uvádějí, že páry, které zmiňovaly zhoršení vztahu po porodu mrtvého dítěte, tuto skutečnost spojovaly s narušením vzájemné komunikace a neschopností přijmout vzájemně odlišné způsoby truchlení. Tito autoři pak dále také uvádějí, že páry, které v rámci studie naopak popisovaly po porodu mrtvého dítěte

utužení vztahu, spojovaly tuto skutečnost se schopností v partnerství otevřeně komunikovat a také s rozvinutím vzájemného pochopení pro to, že každý z partnerů má potřebu projevat a prožívat zármutek vlastním způsobem.

3.5.3 Rizikové a protektivní faktory

Naprostá většina studií, které mapují rizikové a protektivní faktory vyrovnávání se se ztrátou po porodu mrtvého dítěte, se zaměřuje na populaci matek. I proto se následující kapitola vztahuje především k této populaci a populace otců je zde v souvislosti s touto problematikou popsána pouze částečně.

Mezi faktory související na straně matek se zhoršeným psychickým prospíváním a vyrovnáváním se se ztrátou dítěte kvantitativní výzkumy řadí: nízký věk v době porodu (Cacciatore, Rådestad & Frøen, 2008; Gravensteen et al., 2013); nízké vzdělání (Cacciatore, Rådestad & Frøen, 2008; Rådestad et al., 1997) a svobodnost (Cacciatore, Rådestad & Frøen, 2008; Surkan et al., 2009). Surkan a kol. (2009) zjistili, že ženy, které prošly zkušeností porodu mrtvého dítěte a které byly v době realizace výzkumu svobodné, vykazovaly významně více symptomů deprese než ženy, které prošly porodem mrtvého dítěte a v době sběru dat byly vdané. Shoda pak nepanuje mezi výsledky výzkumů týkajících se souvislosti parity a následných psychických obtíží na straně matek. Zatímco některé výzkumy uvádějí, že vyšší parita v době porodu mrtvého dítěte souvisí na straně žen s vyšší mírou úzkostných (Cacciatore, Rådestad & Frøen, 2008), depresivních (Surkan et al., 2008) či posttraumatických stresových symptomů (Gravensteen et al., 2013), výzkum autorů Sarkar a kol. (2021) přichází se zjištěním, že naopak s vyšší mírou depresivních symptomů na straně matek souvisel stav, kdy matka byla v době porodu mrtvého dítěte prvoroďičkou.

Mezi situační faktory související na straně matek se zhoršeným psychickým prospíváním a vyrovnáváním se se ztrátou pak výzkumy, jak již bylo zmíněno i v předchozích kapitolách, řadí: delší dobu uplynulou mezi oznámením zprávy o úmrtí dítěte a porodem samotným (Rådestad, Steineck et al., 1996); nižší dobu uplynulou mezi porodem mrtvého dítěte a dalším početím (Hughes et al., 1999; Turton et al., 2001); absenci dalšího těhotenství (Cacciatore, Rådestad & Frøen, 2008; Surkan et al., 2008); neuchování upomínek na dítě (Rådestad, Steineck et al., 1996) či nemožnost strávit s mrtvě narozeným dítětem tolik času, kolik si daná rodička přála (Rådestad, Steineck et al., 1996). Ohledně souvislostí kontaktu s mrtvě narozeným dítětem, jak již bylo zmíněno, jsou závěry jednotlivých výzkumů spíše rozporné. Zatímco některé výzkumy označují kontakt s dítětem jako rizikový faktor ve vztahu k psychickému prospívání matek i otců po porodu mrtvého dítěte (Hennegan et al., 2018; Hughes et al., 2002; Redshaw et al., 2016), jiné ho označují jako faktor protektivní (Cacciatore, Rådestad & Frøen, 2008; Gravensteen et al., 2013; Rådestad et al., 2009).

Řada rodičů v rámci kvalitativních výzkumů také za významný faktor vstupující do dlouhodobého vyrovnávání se se ztrátou miminka považuje přístup ošetřujícího personálu (Downe et al., 2013; McCreight, 2008; Trulsson & Rådestad, 2004). Množství výzkumů pak uvádí, že významnou proměnnou, která souvisí s psychickým prospíváním rodičů po porodu mrtvého dítěte, je i sociální opora (Jones et al., 2023; Sarkar et al., 2021; Surkan et al., 2009). Přístup ošetřujícího personálu a dostupnost sociální opory a jejich souvislost s prožíváním rodičů v situaci porodu mrtvého dítěte jsou pak předmětem kapitol 3.6 a 3.7.

Jones a kol. (2023) v rámci jejich studie sledovali, jaké faktory po porodu mrtvého dítěte souvisí na straně rodičů s výskytem úzkostných a depresivních symptomů, ale také následným posttraumatickým růstem (PTG). Jako jeden z těchto faktorů autoři identifikovali schopnost nalézt ve ztrátě dítěte smysl, která byla na straně rodičů v tomto výzkumu spojena s významně nižší mírou výskytu symptomů úzkosti a deprese a také významně vyšší mírou PTG. S vyšší mírou PTG významně souviselo na straně rodičů také zapojování se do dobročinných aktivit, které navazovaly na odkaz zesnulého dítěte. V rámci kvalitativních výzkumů pak někteří rodiče také jako faktor, který jim napomáhal při vyrovnávání se se zkušeností porodu mrtvého dítěte, označili skutečnost, že jsou matkami či otci dalších žijících dětí (Cacciatore, 2010; Samuelsson et al., 2001).

Někteří rodiče uvádějí, že ztráta miminka a prožití zkušeností porodu mrtvého dítěte v jejich životě vedly také k určitým pozitivním změnám. V rámci studie autorů Säflund a kol. (2004) někteří rodiče uváděli, že se díky této zkušenosti stali více pokornými a méně věci v životě považují od dané chvíle za samozřejmost. Üstündağ-Budak a kol. (2015) pak v rámci jejich studie uvádějí, že ztráta dítěte pro některé matky znamenala možnost přijetí nového a více autentického způsobu života. I některé ženy ve studii Ratislavové a kol. (2014) podobně popisují, že je tato zkušenost přivedla k méně povrchnímu přístupu k životu, k vyšší sebejistotě či k posílení odhodlání překonávat životní překážky. Některé ženy v rámci této studie také uvádějí, že tato zkušenost vedla ke zlepšení jejich vztahu s partnerem, ke změně přístupu k výchově starších dětí či obecně k více vědomému prožívání jejich rodičovství. Muži ve studii Samuelsson a kol. (2001) pak například popisují, že konfrontace se smrtí potomka je učinila v některých ohledech více dospělými.

3.6 Přístup ošetřujícího personálu

Řada kvalitativních výzkumů uvádí, že rodiče jsou v situaci porodu mrtvého dítěte zvýšeně citliví k verbálním i neverbálním projevům personálu a jeho chování si často pamatují v naprostých detailech (Downe et al., 2013; Nuzum et al., 2018; Ratislavová, 2016). I proto je důležité, aby ošetřující personál vnímal situaci porodu mrtvého dítěte také v kontextu vážné životní ztráty a neredukoval ji pouze na zdravotní problém, neboť právě takovouto devalvující

redukcí řada žen v rámci kvalitativních výzkumů hodnotí velmi negativně (Lee, 2012; McCreight, 2008; Nordlund et al., 2012). Množství rodičů v rámci kvalitativních výzkumů pak uvádí, že přístup ošetřujícího personálu měl dopad nejen na jejich prožívání v situaci samotné, ale hrál roli také v rámci jejich následného vyrovnávání se se ztrátou (Downe et al., 2013; McCreight, 2008; Trulsson & Rådestad, 2004).

Na základě závěrů kvalitativních výzkumů je možné shrnout, že matky i otcové oceňují v situaci porodu mrtvého dítěte chování personálu, které je profesionální, kompetentní a klidné, ale zároveň osobní a empatické (Cacciatore et al., 2013; Downe et al., 2013; Kelley & Trinidad, 2012). Rodiče v rámci kvalitativních výzkumů také oceňovali, pokud s nimi ošetřující personál měl možnost setrvat nějaký čas v osobní přítomnosti a projevil vlastní zármutek plynoucí z dané situace (Downe et al., 2013; Kelley & Trinidad, 2012; Worth, 1997). Velmi pozitivně rodiče v rámci kvalitativních výzkumů také hodnotili, pokud personál zacházel s mrtvě narozeným miminkem s něhou a respektem (Cacciatore et al., 2013; Lee et al., 2012; Nuzum et al., 2018), což zahrnovalo například oslovování miminka jeho jménem (Downe et al., 2013). Někteří rodiče v rámci kvalitativních výzkumů také oceňovali podporu a asistenci ošetřujícího personálu při vytváření upomínek na zemřelé dítě (Cacciatore et al., 2013; Downe et al., 2013).

Velmi negativně pak v rámci kvalitativních výzkumů bylo matkami i otci naopak hodnoceno, pokud ošetřující personál jakýmkoliv způsobem devalvoval existenci mrtvě narozeného dítěte (jedním z uváděných příkladů v rámci studií bylo také nazývání dítěte plodem) (Cacciatore et al., 2013; Nordlund et al., 2012) či devalvoval jejich rodičovství a zármutek plynoucí ze ztráty (Cacciatore et al., 2013; Glaser Chodik & Baum, 2023; Nordlund et al., 2012). Někteří muži také v rámci kvalitativních výzkumů negativně hodnotili, pokud se v situaci porodu mrtvého dítěte cítili ošetřujícím personálem opomíjeni (Glaser Chodik & Baum, 2023; Samuelsson et al., 2001) či cítili ze strany personálu tlak na potlačení vlastního zármutku (Glaser Chodik & Baum, 2023). Rovnocenný přístup ze strany ošetřujícího personálu k oběma partnerům jako rodičům zemřelého dítěte byl pak naopak řadou mužů v rámci kvalitativních výzkumů vnímán pozitivně (Bonnette & Broom, 2012; Cacciatore et al., 2013). Někteří rodiče uvádějí, že distres v situaci porodu mrtvého dítěte na jejich straně zvyšovaly také necitlivé poznámky ošetřujícího personálu, které se týkaly například ubezpečování rodičů o tom, že v budoucnu budou moci počít další zdravé dítě či že mohou být vděční za to, že jsou již rodiči dalších žijících potomků (Kelley & Trinidad, 2012; Lee, 2012; Worth, 1997).

Významným tématem se napříč kvalitativními studii ve všech fázích porodu mrtvého dítěte ukazuje rodiči vyjadřovaná potřeba být citlivě, ale jednoznačně a srozumitelně informován o celém procesu ze strany ošetřujícího personálu (Glaser Chodik & Baum, 2023; Gravensteen et al., 2013; Martínez-Serrano et al., 2019). V rámci studie Downe a kol. (2013) zároveň někteří rodiče uváděli, že pro ně v situaci porodu mrtvého dítěte bylo velmi těžké

porozumět informacím, které jim ošetřující personál sděloval. Zatímco někteří rodiče zpětně uvádějí, že v dané situaci potřebovali pouze více času na to, aby dokázali vstřebat veškeré poskytované informace a kompetentně se rozhodnout (Säflund et al., 2004), jiní spíše zdůrazňují potřebu direktivnějšího přístupu ze strany ošetřujícího personálu (Gravensteen et al., 2013; Martínez-Serrano et al., 2019; Säflund et al., 2004). Martínez-Serrano a kol. (2019) uvádějí, že někteří rodiče zpětně vyjadřovali potřebu, aby je ošetřující personál celým procesem provázel a také aby komunikoval vlastní doporučení týkající se jednotlivých kroků a úkonů, jejichž zvážení může být v emočně vypjaté situaci pro rodiče náročné. Někteří muži v rámci studie Samuelsson a kol. (2001) pak také uváděli, že by uvítali možnost moci konzultovat celou situaci v dané chvíli i s mužským členem personálu, který by mohl lépe porozumět jejich prožívání a potřebám.

Heazell a kol. (2016) v rámci jejich přehledové studie uvádějí, že situace porodu mrtvého dítěte představuje významnou zátěž i pro ošetřující personál, který se v dané situaci může potýkat s pocity strachu, viny, smutku i vzteku a obecně zvýšenou mírou stresu. V rámci kvalitativní studie Kelley a Trinidad (2012) někteří členové lékařského personálu uváděli, že se v situaci porodu mrtvého dítěte necítili připraveni poradit si s emočními potřebami rodičů, cítili obavu hovořit s rodiči o jejich emocích kvůli možnému zhoršení jejich psychického stavu, cítili frustraci plynoucí z neschopnosti rodičům odpovědět na otázku, proč dítě zemřelo či že pocítovali obavu, aby rodiče ze smrti dítěte nevinili je samé, což ústilo u některých z nich také ve snahu udržet si od rodičů profesionální odstup.

3.7 Sociální opora

Jak již bylo zmíněno v kapitole 3.5.3, řada výzkumů uvádí, že významnou proměnnou, která souvisí s psychickým prospíváním rodičů po porodu mrtvého dítěte je také sociální opora (Jones et al., 2023; Sarkar et al., 2021; Surkan et al., 2009). Jones a kol. (2023) uvádějí, že rodiče po porodu mrtvého dítěte, kteří měli pocit, že jejich blízké či širší sociální okolí nevyjadřuje porozumění pro jejich zármutek či na ně vyvíjí tlak, aby svůj zármutek překonali, vykazovali významně vyšší míru úzkosti a deprese v porovnání s rodiči, kteří tento přístup ze strany okolí nepocítovali. Sarkar a kol. (2021) i Surkan a kol. (2009) shodně uvádějí, že vnímaná nedostatečná míra emoční podpory ze strany okolí významně souvisí s vyšší mírou depresivních symptomů na straně matek po porodu mrtvého dítěte. Zeanah a kol. (1995) pak v rámci jejich studie zjistili, že vyšší míra spokojenosti se sociální oporou po porodu mrtvého dítěte souvisela významně s nižší mírou depresivních symptomů také na straně otců. Sociální oporu jako významný faktor, který napomáhá zvládnutí v situaci po porodu mrtvého dítěte, jmenuje také řada matek i otců v rámci kvalitativních výzkumů (Cacciatore, 2010; Glaser Chodik & Baum, 2023; McCreight, 2004).

Řada matek i otců v rámci kvalitativních studií uvádí, že po porodu mrtvého dítěte cítili potřebu, aby sociální okolí uznávalo jejich zármutek (Glaser Chodik & Baum, 2023; Kelley & Trinidad, 2012; Üstündağ-Budak et al., 2015) a uznávalo existenci a identitu zesnulého dítěte (Cacciatore, 2010; Kelley & Trinidad, 2012). Množství rodičů, a zejména pak muži, však v rámci výzkumů uvádí, že ze strany sociálního okolí po porodu mrtvého dítěte cítili naopak nepříjetí či dokonce devalvací jejich zármutku a zlehčování ztráty, kterou prošli (Glaser Chodik & Baum, 2023; Kelley & Trinidad, 2012; McCreight, 2004). Někteří otcové také ze strany sociálního okolí vnímali, že se jim v dané situaci dostávalo nižší emoční podpory než jejich partnerce (Glaser Chodik & Baum, 2023; Martínez-Serrano et al., 2019; Samuelsson et al., 2001). Muži v rámci studie Glaser Chodik a Baum (2023) uvádějí, že blízcí se často po porodu mrtvého dítěte dotazují pouze na stav a potřeby truchlící partnerky, a zcela tak opomíjejí skutečnost, že po zemřelém dítěti truchlí také jeho otec. Někteří rodiče v rámci kvalitativních výzkumů také popisují, že cítili intenzivní potřebu o dítěti hovořit s druhými (Bonnette & Broom, 2012; Cacciatore, 2010; Säflund et al., 2004) a vyhýbání se konverzaci o dítěti ze strany okolí hodnotili jako zraňující (McCreight, 2004; Worth, 1997). Řada kvalitativních studií pak přichází se závěry, že množství rodičů v situaci porodu mrtvého dítěte pociťuje osamělost, vyčlenění ze společnosti a nedobrovolnou sociální izolaci (Cacciatore, 2010; Kelley & Trinidad, 2012; Üstündağ-Budak et al., 2015).

Heazell a kol. (2016) v rámci jejich přehledové studie uvádějí, že nejčastěji zmiňovaným zdrojem sociální opory v situaci porodu mrtvého dítěte je pro rodiče jejich vlastní rodina, ačkoliv i ta má často nerealistická a nenápomocná očekávání týkající se zotavení rodičů po ztrátě. Ženy i muži v rámci kvalitativních výzkumů také zmiňují, že sociální oporu po porodu mrtvého dítěte jim zprostředkoval kontakt s dalšími rodiči, kteří prošli podobnou ztrátou, a to například v rámci podpůrných skupin (Cacciatore, 2010; Kelley & Trinidad, 2012; McCreight, 2004). McCreight (2004) uvádí, že prostředí podpůrných skupin někteří dotazovaní muži vnímají jako místo, kde jim bylo umožněno otevřeně projevit vlastní emoce a kde se jim dostalo legalizace jejich zármutku. Závěrem je také vhodné podotknout, že za nejvýznamnější zdroj sociální opory řada rodičů považuje jeden druhého (Cacciatore, 2010; Samuelsson et al., 2001).

II. Empirická část

4. Cíle výzkumu a výzkumné otázky

Jak je z teoretické části práce zřejmé, situace porodu mrtvého dítěte je náročnou životní zkušeností spojenou s významnou ztrátou, která s sebou přináší krátkodobé i dlouhodobé dopady na psychické prospívání matek i otců dítěte (Sarkar et al., 2021; Säflund & Wredling, 2006; Vance et al., 2002). Z teoretické části práce zároveň vyplývá, že prožívání rodičů v situaci porodu mrtvého dítěte v rámci jednotlivých fází celé zkušenosti není věnována dostatečná a rovnoměrná výzkumná pozornost. Ačkoliv se řada studií věnuje obecně souvislostem zkušenosti porodu mrtvého dítěte či více specificky například souvislostem kontaktu s mrtvě narozeným dítětem s dlouhodobým psychickým prospíváním žen (viz Cacciatore, Rådestad & Frøen, 2008; Gravensteen et al., 2013; Rådestad et al., 2009), kvalitativních studií, které se zabývají zkušeností matek v jednotlivých fázích porodu mrtvého dítěte, zejména například v situaci oznámení zprávy, samotného porodu či prvních poporodních momentů, je podstatně méně. Chybění studií, které by se zabývaly zkušeností mužů v této situaci, se pak zdá být setrvalým problémem, na který upozorňují autoři starších (McCreight, 2004; Säflund & Wredling, 2006; Worth, 1997) i nejnovějších (Glaser Chodik & Baum, 2023; Jones et al., 2019; Sarkar et al., 2021) studií zabývajících se touto problematikou.

Campbell-Jackson a Horsch (2014) také upozorňují, že psychologickému výzkumu v oblasti problematiky porodu mrtvého dítěte dominuje malé množství autorských skupin, které navíc často získaná data opakovaně využívají pro další analýzy, a generují tak množství výzkumných studií založených na identickém výzkumném vzorku. Obě tyto skutečnosti pak dle autorů přispívají ke zkreslení množství relevantní dostupné literatury. Je důležité také podotknout, že výzkumné vzorky drtivě většiny studií prezentovaných v této diplomové práci jsou tvořeny zahraniční populací, zejména pak britskými, švédskými, australskými či americkými ženami. Studií, které by mapovaly zkušenosti českých žen v situaci porodu mrtvého dítěte, je podstatně méně a, dle informací autorky, neexistují žádné psychologické studie, které by v této situaci mapovaly prožitky českých mužů. Jak již bylo popsáno v teoretické části práce, prožitky matek i otců v situaci porodu mrtvého dítěte jsou také do určité míry kulturně podmíněné (viz kapitola 2.2) a mohou se lišit ve vztahu k lišícím se metodickým postupům aplikovaným v dané zemi v rámci nemocniční péče, a to jak například v oblasti vedení samotného porodu, tak i dostupných možností rozloučení se s mrtvě narozeným dítětem či nabízené návazné psychosociální podpory.

Vzhledem ke všem výše zmíněným skutečnostem je cílem tohoto výzkumu zmapovat zkušenosti matek a otců v situaci porodu mrtvého dítěte v rámci českého kontextu. Konkrétně

je sledována zkušenost rodičů ve fázi oznámení zprávy o úmrtí dítěte a čekání na započetí porodu, ve fázi samotného porodu dítěte a případného loučení se s mrtvě narozeným potomkem a v poslední řadě ve fázi prvotního vyrovnávání se se ztrátou, které pro účely tohoto výzkumu bylo vymezeno jako období od dokončení porodu či posledního kontaktu s dítětem po prvotní dny až týdny uplynulé od ztráty. S přihlédnutím k již dříve zmíněné proměně a specifitě poskytované péče v situaci porodu mrtvého dítěte v České republice (viz kapitola 1.4 a 2.2), může tato práce pomoci zmapovat také reakce rodičů na tyto změny a specifika. V neposlední řadě je cílem tohoto výzkumu vokalizovat zkušenost této poměrně úzké populace rodičů, kteří procházejí specifickou situací ztráty dítěte, zprostředkovat jejich zkušenost odborné veřejnosti a přispět ke snaze o detabuizaci této problematiky.

S cílem co nejpřesněji zachytit jedinečnou zkušenost matek a otců v situaci porodu mrtvého dítěte byl výzkumný problém adresován skrze kvalitativní přístup a výzkumná otázka byla stanovena následovně:

VO: Jak matky a otcové prožívají situaci porodu mrtvého dítěte?

5. Metodika výzkumu

5.1 Výzkumný soubor

Velikost výzkumného vzorku byla stanovena na základě doporučení autorů Terry a kol. (2017), kteří stanovují optimální počet výzkumných rozhovorů zpracovávaných pomocí TA pro potřeby diplomové práce na 6–15. Do výzkumu se mohli zapojit ženy a muži, kteří splnili všechna následující kritéria:

- v době realizace výzkumu byli starší 18 let;
- od prožití dané ztráty u nich uplynula doba delší než jeden rok;
- porodní hmotnost mrtvě narozeného dítěte činila více než 500 g nebo gestační stáří dítěte v době jeho porodu činilo více než 22 týdnů (tato informace byla důležitá pro odlišení situace potratu od situace porodu mrtvého dítěte);
- zpráva o úmrtí dítěte jim byla sdělena před započatím samotného porodu, tzn. dítě nezemřelo v průběhu porodu ani časně po něm (tato informace byla důležitá pro odlišení situace porodu mrtvého dítěte od jiných druhů ztráty dítěte v rámci perinatálního období).

Tabulka 1
Základní údaje o participantech

Participant/ka	Věk (v letech, rozmezí)	Doba uplynulá od porodu (v letech, zaokrouhleno)
Alena	31–34	2
Blanka	40–44	23
Cecílie	31–34	2,5
Dagmar	31–34	10
Eliška	35–39	5
Františka	31–34	4
Gabriela	31–34	2
Helena	31–34	3,5
Ivo	31–34	3,5
Jan	31–34	2

Výzkumné studie se zúčastnilo celkem 10 participantů – osm žen a dva muži (z nichž dvě ženy a dva muži tvořili partnerský pár). Věk participantů se pohyboval mezi 31–44 lety ($M = 34.40$, $SD = 3.89$). 8 z 10 participantů uvedlo jako nejvyšší dosažené vzdělání vysokoškolské, dva participanté pak středoškolské či střední odborné. Doba uplynulá od porodu mrtvého dítěte se pohybovala u participantů mezi 2–23 roky ($M = 5.75$, $SD = 6.52$). Souhrnné informace o věku participantů a době uplynulé od ztráty dítěte jsou prezentovány v Tabulce 1. Jako způsob porodu dítěte uvedlo 7 z 10 participantů indukovaný vaginální porod, dva spontánní vaginální porod a jeden porod císařským řezem. Pro 9 z 10 účastníků představovalo mrtvě narozené dítě jejich prvního potomka, u jednoho z účastníků se jednalo o dítě

druhorozené. Všichni participanté uvedli, že v době porodu dítěte byli v manželství či dlouhodobém partnerství. 7 z 8 ženských participantek uvedlo, že jejich partner byl přítomen u porodu. U porodu dítěte pak byli přítomni osobně také oba dva mužští participanté.⁴

5.2 Sběr dat

Pro účely tohoto výzkumu byla data získávána skrze polostrukturované rozhovory. Polostrukturovaný rozhovor je metodou sběru dat, která zahrnuje předem stanovené okruhy témat a předem připravené otázky, umožňuje však dotazujícímu měnit pořadí i přesnou formulaci jednotlivých otázek na základě odpovědí dotazovaného a průběhu celého rozhovoru (Brinkmann & Kvale, 2018). Oslovování potenciálních účastníků probíhalo skrze sdílení náborového letáčku (viz Příloha 1) na sociálních sítích Národního ústavu duševního zdraví (NUDZ) a sociálních sítích projektu Perinatal.cz, který zaštiťuje Centrum perinatálního duševního zdraví při NUDZ. V popisku náborového letáčku byl umístěn odkaz na on-line formulář, kde se zájemci o účast dozvěděli základní informace o cílech, průběhu a etických aspektech této výzkumné studie a kde také mohli zanechat svou e-mailovou adresu, prostřednictvím které byli následně kontaktováni autorkou výzkumu.

Každý potenciální účastník obdržel skrze uvedenou e-mailovou adresu s časovým předstihem dokument Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu a se zpracováním osobních údajů (viz Příloha 2), na základě kterého se mohl rozhodnout o účasti či neúčasti v této výzkumné studii. Skrze tuto e-mailovou adresu pak bylo s účastníky studie také domlouváno místo, způsob a čas setkání pro vedení výzkumného rozhovoru. Sběr dat probíhal od února do dubna roku 2024. Výzkumné rozhovory byly realizovány s ohledem na preferenci jednotlivých účastníků buď osobně v předem smluvených prostorách Katedry psychologie Filozofické fakulty Univerzity Karlovy, nebo on-line skrze platformu Google Meet s možností vypnuté či zapnuté videokamery. Délka jednotlivých výzkumných rozhovorů se pohybovala od 43 do 97 minut. Rozhovory byly nahrávány na audiozařízení a následně doslovně přepsány za dodržení podmínek jejich anonymizace.

Na počátku výzkumného rozhovoru autorka práce znovu stručně představila danou výzkumnou studii a její cíle a také strukturu výzkumného rozhovoru a celého setkání. Účastníci byli znovu upozorněni na své právo se kdykoliv v průběhu rozhovoru rozhodnout neodpovídat, rozhovor přerušit či svou účast ve výzkumu ukončit, a to bez udání důvodů. Znovu byli také účastníci upozorněni na skutečnost, že bude rozhovor nahráván na audiozařízení. Poté byli participanté požádáni, aby ústně stvrdili, že četli předem zasláný dokument informovaného

⁴ S cílem posílit anonymitu jednotlivých účastníků, kteří tvoří poměrně úzkou populaci rodičů po porodu mrtvého dítěte, je většina demografických údajů a faktických údajů týkajících se zkušenosti porodu mrtvého dítěte ve vztahu k jednotlivým účastníkům uváděna pouze souhrnně a tyto informace nejsou vzájemně propojovány.

souhlasu a s jeho zněním souhlasí. Před započítím rozhovoru účastníci vyplnili také krátký dotazník zjišťující základní demografické údaje a také základní faktické údaje týkající se zkušenosti porodu mrtvého dítěte (viz Příloha 3).

Výzkumný rozhovor sestával ze čtyř tematických oblastí mapujících jednotlivé fáze situace porodu mrtvého dítěte, a to: prožívání období od oznámení zprávy o úmrtí dítěte do porodu mrtvého dítěte, prožívání porodu mrtvého dítěte, prožívání procesu rozloučení se s mrtvě narozeným dítětem/prožívání časně poporodního období a prožívání prvotní adaptace na situaci ztráty mrtvě narozeného dítěte. Každá z těchto oblastí sestávala ze čtyř až šesti primárních otázek. První z otázek byla vždy formulována obecně a vybízela rodiče k tomu, aby popsali svou zkušenost v rámci dané fáze ve formě příběhu. Celé znění rozhovoru je možné nalézt v příloze (viz Příloha 4).

Na konci rozhovoru bylo vždy mapováno, jak se účastníci po proběhnutí rozhovoru cítí, bylo jim umožněno klást doplňující dotazy a také byli upozorněni na to, že v důsledku znovuotevření citlivého tématu porodu mrtvého dítěte se na jejich straně mohou i po skončení rozhovoru vynořovat intenzivní emoce s danou zkušeností spojené. Každý účastník také obdržel osobně či elektronicky po skončení rozhovoru dokument s kontakty na krizové linky a krizová centra (viz Příloha 5) a také dokument obsahující kontakty na organizace zabývající se podpůrnou péčí pro rodiče, kteří prošli perinatální ztrátou a odkazy na odbornou literaturu týkající se daného tématu (viz Příloha 6).

5.3 Analýza dat

Metodou zpracování dat byla zvolena tematická analýza (TA) dle Braun a Clarke (2006), které ji definují jako základní techniku kvalitativní analýzy, jež umožňuje flexibilním způsobem identifikovat, zkoumat a reportovat vzorce uvnitř získaných dat. TA je metodou, která není závislá na konkrétním teoretickém rámci, může být využívána k analýze různého druhu dat a k zodpovězení široké škály výzkumných otázek, a je i díky tomu vhodná pro ty, kteří s kvalitativním výzkumem začínají (Terry et al., 2017). Data shromážděná pro tento výzkum byla v rámci TA uchopována skrze tzv. teoretický neboli deduktivní přístup, který staví na předchozím porozumění výzkumníka danému tématu a jehož cílem je odpovídat na předem stanovené výzkumné otázky (Braun & Clarke, 2006). Při analýze dat byla udržována tzv. esencialistická perspektiva, a tedy předpoklad, že to, co participantí sdělují, zároveň reprezentuje jejich vnímání reality (Terry et al., 2017). Před započítím samotné analýzy autorka práce dle doporučení Braun a Clarke (2022) reflektovala nad vlastní rolí výzkumníka v rámci zkoumaného tématu a zvažovala, jak mohou její zkušenosti, hodnotové postoje a její pozice ve vztahu ke zkoumanému problému ovlivňovat proces analýzy dat i celého výzkumu.

V rámci analýzy bylo postupováno podle doporučeného níže popsaného šestikrokového schématu TA (Braun & Clarke, 2006; Terry et al., 2017) s důrazem na provázanost celého procesu a opakované vracení se k jednotlivým krokům analýzy:

První fáze – seznámení se s daty: v této fázi autorka vytvořila doslovný přepis audionahrávek do textového dokumentu, který následně opakovaně pročetla a vytvářela k těmto přepisům prvotní poznámky týkající se významných prvků dat.

Druhá fáze – tvorba prvotních kódů: autorka následně využila kódovacího softwaru QDA Miner Lite, pomocí něhož identifikovala relevantní prvky dat a označila tyto prvky slovy či frázemi zachycujícími jejich význam ve vztahu k výzkumné otázce. Tento krok tedy reprezentuje proces tvorby tzv. kódů.

Třetí fáze – konstruování témat: po ukončení revize jednotlivých kódů autorka v rámci programu MS Excel tyto kódy zorganizovala do prvotních nadřazených významových jednotek. Tento krok reprezentuje proces tvorby tzv. témat.

Čtvrtá fáze – revize témat: v rámci této fáze autorka za pomoci tvorby vizuálních tematických map jednotlivá témata opakovaně posuzovala a jednotlivé kódy rozřazovala pod jednotlivá témata tak dlouho, dokud nebylo dosaženo uspokojivé vnitřní konzistence a dostatečné vnější odlišnosti vytvořených témat. Původní přepisy byly následně znovu pročitány tak, aby se autorka ujistila, že vytvořená tematická struktura dobře reprezentuje soubor dat jako celek.

Pátá fáze – definování a pojmenování témat: v rámci jednotlivých témat autorka dále identifikovala podřazená subtémata a obě tyto úrovně témat následně definovala pomocí krátkých úryvků textu. Došlo také k finální úpravě názvu jednotlivých témat i subtémat.

Šestá fáze – reportování výsledků analýzy: v poslední fázi analýzy byla autorkou sepsána veškerá výzkumná zjištění, která byla ilustrována skrze výroky jednotlivých účastníků. Pro přehlednější zobrazení hierarchické struktury téma-subtéma bylo vytvořeno také vizuální schéma, které je prezentováno v kapitole 6.

5.4 Etika výzkumu

Vzhledem k tomu, že participanti jsou zároveň jedinci, kteří prošli náročnou životní situací a prožili závažnou ztrátu, byla etickým aspektům práce věnována zvláštní pozornost. Důležité je také uvést, že v rámci celého výzkumu bylo usilováno o dodržení principu beneficence a nonmaleficence.

Jak již bylo zmíněno v kapitole 5.1, do výzkumné studie bylo umožněno se zapojit ženám a mužům, u nichž od prožití dané zkušenosti uplynula doba delší než jeden rok. Tento časový odstup byl stanoven s cílem eliminovat množství participantů nacházejících se v příliš časně fázi truchlení – kvalitativní studie autorů Barrera a kol. (2009) uvádí, že již po šesti

měsících uplynulých od ztráty dítěte byli dotazovaní rodiče základně adaptováni na situaci ztráty v různých životních oblastech. Výzkumná studie autorů Butler a kol. (2018), která se zabývá zkušenostmi truchlících rodičů s účastí ve výzkumu týkajícím se ztráty dítěte, zároveň přichází se zjištěním, že rodiče v největší míře preferují kontaktování pro účast ve výzkumu po uplynutí 12 měsíců od ztráty dítěte. Na základě závěrů studie těchto autorů, která zjistila, že někteří účastníci studie preferují setkání pro výzkumný rozhovor bez nutnosti přímé interakce, byla také účastníkům nabídnuta v rámci sběru dat kromě možnosti osobního setkání možnost distančního on-line setkání (s možností vypnutí videokamery) přímo z jejich domova.

Před zařazením do samotné výzkumné studie byl účastníkům, jak již bylo zmíněno v kapitole 5.2, skrze jimi poskytnutou e-mailovou adresu zaslán k nahlédnutí podrobný Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu a se zpracováním osobních údajů (viz Příloha 2). Součástí dokumentu informovaného souhlasu bylo představení cílů i průběhu výzkumné studie včetně konkrétních tematických oblastí tvořících rozhovor. Účast ve výzkumu byla založena na naprosté dobrovolnosti a účastníci byli upozorněni na právo kdykoliv svou účast ve výzkumu přerušit či ukončit. Účastníci byli seznámeni s možnými benefity plynoucími z účasti ve výzkumu a také s možnými riziky a způsobu jejich případného ošetření.

Za možné riziko plynoucí z účasti ve výzkumu byla považována možnost vynoření se intenzivních negativních emocí na straně účastníka během či po skončení výzkumného rozhovoru v důsledku znovuotevření náročné životní zkušenosti. Toto riziko bylo snižováno především skrze vhodně formulované otázky a citlivé vedení rozhovoru respektující psychický stav daného účastníka. Struktura a způsob vedení rozhovoru byly konzultovány nejen s vedoucím práce, ale také s Mgr. Kateřinou Ratislavovou, Ph.D., která se výzkumně věnuje problematice porodu mrtvého dítěte a jeho psychosociálních souvislostí a s PhDr. Lenkou Emrovou, Ph.D., psycholožkou a psychoterapeutkou pracující s rodiči v situaci perinatální ztráty v rámci Ústavu pro péči o matku a dítě.

Po skončení výzkumného rozhovoru byl účastníkům předán dokument obsahující kontakty na organizace zabývající se podpůrnou péčí pro rodiče, kteří prošli perinatální ztrátou a odkazy na odbornou literaturu týkající se daného tématu (viz Příloha 6). V případě nutnosti ošetření intenzivních emočních stavů daného účastníka u sebe autorka práce měla dokument zahrnující kontakty na krizové linky a krizová centra (viz Příloha 5), které byly účastníkům pro případ potřeby k dispozici v průběhu rozhovoru, všem pak byly osobně či elektronicky předány také po skončení výzkumného rozhovoru spolu s edukací, v jakých situacích je vhodné jich využít. Autorka práce byla také v době konání rozhovorů frekventantkou kurzu komplexní krizové intervence, a mohla tak pomoci účastníkům v případě potřeby se základním ošetřením krizových stavů na místě.

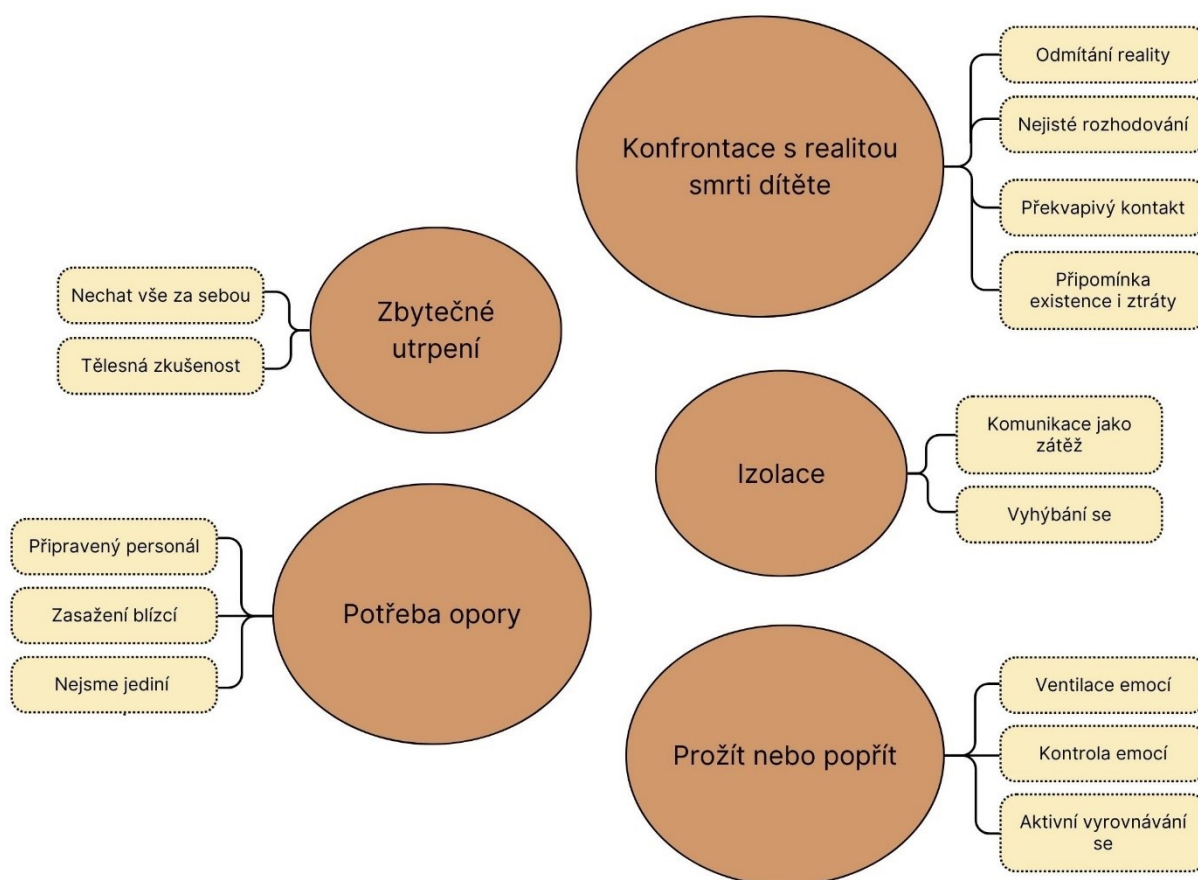
V rámci dokumentu informovaného souhlasu byli účastníci seznámeni také se zásadami ochrany jimi poskytovaných osobních údajů. Vzniklé audionahrávky byly autorkou práce osobně přepsány do textového dokumentu za dodržení principu anonymizace. Neanonymizovaná data, ke kterým měla přístup pouze autorka práce, byla uložena na autorčině externím disku, anonymizované přepisy nahrávek byly uloženy v osobním počítači autorky. Účastníci byli ubezpečeni, že neanonymizovaná data budou po skončení výzkumu smazána. Tento výzkumný projekt byl pod jednacím číslem UKFF/49461/2024 bez připomínek schválen Komisí pro etiku ve výzkumu Filozofické fakulty Univerzity Karlovy.

6. Výsledky analýzy dat

V rámci shromážděných dat bylo metodou tematické analýzy identifikováno pět hlavních témat, a to: *Konfrontace s realitou smrti dítěte*, *Zbytečné utrpení*, *Potřeba opory*, *Izolace* a *Prožít nebo popřít*. Každé z těchto témat bylo dále rozčleněno do dvou až čtyř významových subtémat. Celá struktura téma-subtéma je znázorněna na Obrázku 1. Přehled příkladů kódů sytících jednotlivá témata a subtémata je pak možné nalézt v příloze práce (viz Příloha 7).

Obrázek 1

Schéma struktury téma-subtéma



6.1 Konfrontace s realitou smrti dítěte

Jednu z nejvýznamnějších oblastí zkušenosti rodičů v situaci porodu mrtvého dítěte představuje samotný střet s realitou smrti potomka. Tento střet je momentem ztráty, ale také momentem plného zvědomení skutečné existence dítěte, a ať už pomyslně či skutečně, je spojen s prvním a posledním kontaktem s očekávaným potomkem. Na straně řady rodičů je tento střet doprovázen nejistotou, jak k nové skutečnosti přistoupit a do jaké míry se tedy této konfrontaci vystavit přímo (například skrze kontakt s mrtvě narozeným dítětem) a do jaké se jí naopak snažit vyhnout. Toto téma je reprezentováno čtyřmi subtématy, která ilustrují různé části

zkušenosti vztahující se ke konfrontaci s realitou ztráty, a to: *Odmítání reality, Nejisté rozhodování, Překvapivý kontakt a Připomínka existence i ztráty.*

Odmítání reality

Zatímco pro několik participantů (4/10) byla zpráva o úmrtí dítěte do určité míry očekávanou událostí na základě nepříznivých prognóz nitroděložního vývoje plodu, pro většinu z nich (6/10) byla zpráva „bleskem z čistého nebe“, který je zasáhl naprosto nepřípravené. Ať už rodiče však zprávu očekávali či ne, doprovázelo její sdělování na straně naprosté většiny z nich určité odmítání reality. Je důležité také podotknout, že toto odmítání reality se objevovalo u rodičů nejen přímo v situaci oznámení zprávy o úmrtí dítěte, ale doprovázelo u mnohých z nich také čekání na započetí porodu a porod samotný.

Jednu z prvotních reakcí na oznámení zprávy o úmrtí dítěte představoval na straně řady rodičů pocit neuvěřitelnosti a neskutečnosti prožívané reality:

„Bylo to takové jakože: ‚To se mi snad zdá, tohle se prostě naděje nám jako, tohle je jenom špatný sen.‘“ (Helena)

„Bylo to takový jako neuvěřitelný, pocit, že to není možný, že vlastně co se stalo, že žila, najednou není, že jsem tomu nemohla uvěřit pořád.“ (Blanka)

Neschopnost uvěřit také u části rodičů doprovázela víra v to, že se musí jednat o chybné stanovení diagnózy ze strany lékařů:

„Prvotní dojem z toho byl, že jsem to samozřejmě asi nechtěl přijmout, že jsem si furt říkal, že se udělalo špatné vyšetření...“ (Ivo)

„...jsem si furt myslela, že někdo přijde a řekne, že to jako špatně přečetli na tom ultrazvuku.“ (Dagmar)

Nejen po stanovení diagnózy, ale také v průběhu čekání na porod a během porodu samého se u některých matek stále objevovala naděje, že vše nakonec dobře dopadne a dítě se narodí živé:

„Nechtěla jsem si to přiznat, že by jako něco mohlo bejt špatně, že prostě furt jsem to brala tak, že ale ono přece když ho porodím, tak ho přece můžou oživit, jo? Furt takový jako myšlenky, že přece ale ještě není jakoby konec (...), že jsem furt jenom přemýšlela, že to fakt jako dobře dopadne...“ (Alena)

„...a pořád jsem doufala, že až se narodí, tak to nebude pravda, že prostě, že bude živá...“ (Blanka)

Odmítání reality bylo také u části participantů spojené s odloženým nástupem emocí, které se vážou k realitě ztráty, a také se s narušenou schopností přijímat informace sdělované personálem:

„...že prostě to na mě bylo tak zahlcující a tak nepochopitelný a tak strašně jsem to v tu chvíli nedokázala přijmout, že jsem tam tak prostě jenom jako ležela a vlastně jsem si to asi k sobě nedokázala, ty emoce, úplně jako pustit, abych třeba dokázala brečet.“ (Dagmar)

„A pak vlastně se pan doktor jako začal ptát na otázky (...), asi zjišťoval, jako co by třeba mohlo být za příčinu. A já už jsem vlastně to ani nějak extra nevnímala, já už jsem si tak jako byla v takovém tom svém světě (...), už jsem tomu moc nevěnovala pozornost, tomu panu doktorovi.“ (Helena)

Odmítání reality bylo u všech rodičů nakonec vystřídáno uvědoměním si ztráty dítěte, které se u nich začalo objevovat v různých fázích samotného procesu, nejčastěji pak ke konci samotného porodu nebo při následném fyzickém kontaktu s dítětem. Dříve zmíněné fenomény jako pocit neskutečnosti, víra v lékařský omyl či naděje spojená s přežitím dítěte se skrze konfrontaci s realitou smrti na straně rodičů přestávaly objevovat a nahradil je u řady z nich pocit jakési konečnosti:

„A v momentě, kdy mi dali ten epidurál a já jsem jako necítila tu bolest, tak mě to možná asi jako docvaklo, jakože už je to fakt konec (...), že do té doby jsem si asi furt tak nějak říkala, že třeba se spletli, třeba tam byla nějaká chyba prostě v technice, nevím co, a tady v ten moment na mě asi nějak dolehlo, že teda už to takhle jako prostě je a že to je jako definitivní.“ (Dagmar)

„...takže když mi ji potom donesli, tak to bylo takové jakože procitnutí, že vlastně se nevzbudí, že to tak jako je.“ (Gabriela)

Specifickou zkušenost popisovala Eliška, pro kterou byla konfrontace s realitou smrti dítěte, dle jejích slov, významně ztížena extatickým prožitkem závěru porodu, jenž přičítá masivnímu vyplavení mateřských hormonů. Neschopnost zpracovat hluboce ambivalentní prožitek poporodní extáze a bolesti plynoucí ze ztráty dítěte zároveň tato participantka spojovala s dlouhodobým negativním dopadem na vyrovnávání se se ztrátou a spojovala s ním také nutnost užívání anxiolytik v období šestinedělí:

„Ten pocit té obrovský úlevy a toho štěstí po tom porodu vyloženě jako chemicky byl neuvěřitelný (...) a když dosáhnete něčeho takhle obrovského a náročného a je to za váma, tak je to strašně krásný. A potom vám vlastně dojde, že jste sice tohleto zvládli, že to je jako supr, ale že půjdete domů bez dítěte. A je to jako náraz do zdi, jako když prostě vám ten mozek nezpracovává tu obrovskou úlevu a tu obrovskou bolest najednou: „Jako jak nemáme dítě? Ted' jsme ho porodili, prostě jsme plný oxytocinu! Kde je to dítě?““

Nejisté rozhodování

Proces porodu mrtvého dítěte je na straně rodičů spojen s nutností vykonat v poměrně krátkém časovém úseku řadu rozhodnutí, z nichž většinu nelze posléze změnit. Ke zvážení budoucích dopadů těchto rozhodnutí se však někteří dotazovaní rodiče necítili v danou chvíli dostatečně kompetentní. Rozhodování jim pak, dle jejich slov, ztěžovalo mimo jiné i extrémní emoční vypětí, které v situaci porodu mrtvého dítěte prožívali. Konečná rozhodnutí byla na

straně rodičů často motivována nejen vlastními potřebami a přáními, ale byla také ovlivňována doporučeními dalších osob, například členů ošetřujícího personálu.

Naprostá většina rodičů (9/10) v průběhu rozhovoru explicitně zmiňovala potřebu se s dítětem v určité fázi truchlení rozloučit. Zatímco někteří rodiče se rozhodli realizovat rozloučení skrze poporodní kontakt s mrtvě narozeným miminkem, jiní se cítili schopni rozloučení až po několika týdnech či měsících uplynulých od ztráty. Několik rodičů také cítilo potřebu se s dítětem rozloučit opakovaně. Pozdější rozloučení se s dítětem pak bylo rodiči realizováno ve většině případů skrze soukromý partnerský rituál doprovázený například rozptýlením zpopelněných ostatků miminka či pohřbením nebo jiným „propuštěním“ symbolického předmětu vztaženého k dítěti:

„My jsme si vlastně udělali jenom pohřeb s mým mužem, kdy jsme zjistili, že to potřebujeme prostě pro sebe, aby se to uzavřelo (...), tak jsme si pohřbili sovičku prostě ze svatebního dortu, která byla tý Anetky (...) a byl to pro nás ten okamžik, kdy jsme si řekli: ‚Prostě furt to bude naše dcera, neodstřiháváme se od ní, ale prostě už to potřebujeme nějak začít pouštět, aby nás to nezničilo.‘“ (Dagmar)

„My jsme si pak jako po nějakých asi 42 dnech myslím, jsme si s manželem vyloženě jako udělali vlastní takový symbolický rozloučení, že jsme pustili svíčku v papírové lodičce a nechali jsme ji jako plout po vodě, abysme se s ním rozloučili, protože jako stejně v tu chvíli ono se po tom porodu jako špatně loučí, protože v tu chvíli vás zajímají trošku jiné věci.“ (Eliška)

Asi nejvýznamnějším rozhodnutím, které rodiče museli učinit v situaci porodu mrtvého dítěte, bylo, zda vidět nebo nevidět jejich mrtvě narozeného potomka. Velká většina rodičů (8/10) uvedla, že jim byl kontakt s dítětem explicitně nabídnut ošetřujícím personálem. Naprostá většina z těch, kterým byl kontakt nabídnut (7/8), se pro něj v nějaké podobě také rozhodla. Mezi nejvýznamnější důvody, proč miminko vidět, patřila dříve zmíněná potřeba se s dítětem rozloučit, zvědavost, jak dítě vypadá a také obava, že by rodiče mohli svého rozhodnutí dítě nevidět později litovat. Mezi důvody, které naopak rodiče odrazovaly od kontaktu, patřil pocit, že vyhnutí se kontaktu s dítětem povede ke snazšímu vyrovnávání se se ztrátou či obava, že pohled na dítě bude příliš bolestivý nebo dokonce traumatizující:

„...já jsem věděl, že bych toho litoval, kdybych to neudělal.“ (Jan)

„Brala jsem to tak, že když ji neuvidím, tak to bude pocit, jakože se to nestalo, že bych to zvládla tak nějak jako lehčeji strávit, a myslela jsem si, že když ji jednou uvidím, tak už tam navždy bude ten obraz...“ (Gabriela)

Jak již bylo zmíněno v úvodním popisu tohoto sub tématu, řada rodičů vnímala, že musela v situaci porodu mrtvého dítěte vykonat množství rozhodnutí, o kterých nikdy předtím nepřemýšlela, cítila se v nich nedostatečně orientována, a navíc je musela vykonat pod vlivem velmi silných emocí. I z těchto důvodů pak mohlo docházet k tomu, že se jejich rozhodnutí během krátké doby několikrát změnila:

„...hodně jsem nad tím přemýšlela, protože chvíli to bylo, že ho budu chtít vidět, pak že ho nebudu chtít vidět a teď jsem jako nevěděla, jestli jo nebo ne, a nakonec jsem se rozhodla vlastně, že to udělat chci.“ (Cecílie)

„...sestřička se mě asi třikrát ptala, jestli vlastně Honzika chci vidět a já jsem byla jako rozhodnutá, že ne (...), že prostě až ho porodím, tak ať ho prostě odvezou. No ale takovej ten pud matky, tak to bylo takový, že když jsem ho porodila, tak automaticky jsem prostě po něm sahala.“ (Alena)

Důležité je také zmínit, že někteří rodiče vyjadřovali potřebu, aby je ošetřující personál vedl k rozhodnutím, která on ze svých zkušeností vnímá jako prospěšná do budoucna, a že řada rodičů se skutečně na základě doporučení personálu v těchto chvílích rozhodovala:

„...po tom rozhovoru s tou psychologkou, která říkala, že 95 % žen, které ten kontakt s dítětem odmítly, toho zpětně litovaly, jsem si říkala, že asi by to byl i můj případ, takže nakonec jsme ji chtěli vidět.“ (Gabriela)

„...tady jsme si zvolili, i na základě toho, jak jsme se se ženou domluvili nebo i z toho, co nám bylo doporučeno, tak jsme si řekli, že to teda zkusíme takhle a s miminkem se rozloučíme.“ (Ivo)

Velmi významnou součástí zkušenosti dotazovaných rodičů je zpětné hodnocení původních rozhodnutí. Pozitivně rodiče hodnotili především možnost kontaktu s dítětem a také možnost uchování hmotné upomínky na dítě. Je důležité podotknout, že žádný z dotazovaných rodičů, který absolvoval kontakt s dítětem či si uchoval hmotnou upomínku na dítě, zpětně těchto kroků nelitoval. Částečnou výjimku tvoří Eliška, jejíž hodnocení kontaktu s miminkem se proměňovalo v průběhu času:

„...vlastně mě to pak ještě v následujících týdnech teda dost strašilo, že jsem jako viděla tu tvářičku a říkala jsem si, jestli jsem to neměla nechat bejt (...), teď zpětně si ale říkám, že to bylo správný rozhodnutí, že prostě jednou to bylo moje dítě a že jsem ho prostě chtěla vidět a svůj důvod to asi mělo.“

Řada rodičů některá svá rozhodnutí zpětně zpochybňovala a litovala kroků, které učinila či naopak neučinila. Část rodičů zpochybňovala například vlastní způsob vyrovnávání se se ztrátou dítěte. Někteří z nich zpětně litovali, že nebyli schopni začít dříve truchlit či že si nedovolili věnovat více času a prostoru prožití emocí týkajících se ztráty:

„Přišlo mi tehdy jako dobré řešení, že půjdu do práce, nebudu na to myslet (...), teď bych zůstal, asi ne sám doma, ale kdybychom byli oba, kdyby manželka nemusela být v nemocnici dva týdny po tom porodu, tak bych zůstal (...), jsem si říkal, že to může být užitečné, že to ten pár prožívá spolu.“ (Jan)

„Tam je potom to, že jsem si neodžila ten smutek, že jsem ho v sobě nosila a dělala jsem pak kvůli tomu věci, který bych třeba jinak neudělala.“ (Blanka)

Alena však naopak cítila zpětně potřebu věnovat emocím spojeným se ztrátou méně prostoru:

„...co bych asi třeba udělala jinak je to, že bych se v tom asi tak jako dlouho neutápěla, že opravdu je zapotřebí ten mozek zaměstnat...“

Některé z dotazovaných žen zpětně litovaly, že zemřelému miminku neposkytly i po jeho smrti více něhy či péče, nejvýznamnější část výčitek vztažených k předchozím rozhodnutím však patřila obecně neuskutečnění fyzického kontaktu s dítětem. Všechny tři matky, které své mrtvě narozené miminko neviděly, zpětně tohoto neuskutečnění velmi intenzivně litovaly:

*„...toho jsem pak vlastně litovala úplně nejvíc, že jsem ji jako neviděla. Nikdy jsem vlastně neviděla, jak vypadá, nemohla jsem si ji pochovat, nemohla jsem se s ní rozloučit.“
(Dagmar)*

*„Určitě bych se rozhodla jinak, to každopádně, s tím, že to ovlivnilo strašně moc věcí, to že jsem si ho nepochovala (...), v podstatě jsem si to úplně tak nějak přestala vyčítat tak tři roky zpátky, tak mě to přestalo až tak jako trápit. Jako nikdy úplně mě to nepřestane trápit, ale takový hrozný výčitky svědomí, tak to opravdu tak tři roky zpětně to povolilo trošku víc.“
(Blanka)⁵*

Překvapivý kontakt

Jak již bylo naznačeno v rámci subtématu *Nejisté rozhodování*, kontakt s mrtvě narozeným dítětem představoval pro všechny dotazované rodiče významný moment, ke kterému se zpětně vztahovali a kterého si buď cenili nebo litovali jeho neuskutečnění. Ačkoliv všichni dotazovaní rodiče (10/10) tedy vnímali fyzické setkání s dítětem jako žádoucí, kontakt samotný byl řadou rodičů, kteří se pro něj rozhodli, vnímán jako velmi psychicky náročný a byl na jejich straně spjatý s řadou překvapivých prožitků. Ty byly spojené například s překvapením plynoucím z fyzického vzhledu dítěte či z prožívaných emocí, které v nich kontakt s mrtvě narozeným dítětem vyvolával.

Vzhled dítěte byl pro některé rodiče překvapivý zejména skutečností, že i když bylo mrtvě narozené miminko často výrazně menšího vzrůstu než donošený živě narozený novorozenec, mělo téměř plně lidské rysy:

„...hrozně mě překvapilo, že vypadala jako hotové miminko, protože ona byla hrozně malá, ale že prostě vypadala jako miminko, jen prostě menší. To mě hrozně překvapilo, že byla vysloveně pěkná. To mě šokovalo.“ (Gabriela)

„Prostě to bylo maličký miminko, fakt jak citroněk, takový ještě malinký skrčený nožičky, malinký skrčený ručičky, ale už mělo tvář a bylo to strašně zvláštní se na něj jako dívat (...) a fascinovala mě na tom ta tvář, hrozně lidská a něžná.“ (Eliška)

Pro Helenu bylo také překvapením, že na miminku na první pohled nebylo patrné, že je po smrti:

⁵ U Blanky v době rozhovoru od ztráty miminka uplynulo 23 let.

„Vlastně vypadal jako panenka. On měl necelá dvě kila, když se narodil, a vlastně vypadal, jak kdyby jenom spinkal, což mě jako úplně dostalo, že tam je, ale vlastně není.“

Jak již bylo zmíněno, řada rodičů pak samotný kontakt s dítětem popisovala jako psychicky náročný či dokonce velmi bolestivý:

„...já si myslím, že maximálně tak deset minut jsme ji měli u sebe a přišlo nám to tak nesnesitelné oběma, že potom jsem zavolala tu porodní asistentku, jestli pro ni můžou přijít.“ (Gabriela)

„...to si pamatuju, že pro mě bylo velmi těžké ji držet v rukou, bylo mi to velmi nepříjemné. A to byla taková nejsilnější vzpomínka na to období po porodu, že jsem ji jakoby i dostal do rukou, ať si ji podržím, ale bylo mi to velmi, velmi nepříjemné.“ (Jan)

Jan také dále popisoval, že v něm skutečnost, že mu byl kontakt s vlastním potomkem takto nepříjemný, vyvolávala poměrně dlouhou dobu pocitu viny. Přesto i on zpětně uváděl, že si možnosti kontaktu s dítětem cení:

„...to byl moment, na který vzpomínám a vzpomínal jsem delší dobu (...), že jsem ji nedokázal držet v rukou, že mi to bylo velmi nepříjemné, s tím jsem se potom musel vypořádat (...), já osobně toho nelituju, že jsme se rozloučili, vznikla z toho emoce nebo vzpomínka, kterou jsem musel zpracovávat, ale podařilo se mi to.“

Pro Cecílii byl pak kontakt s dítětem nejasným ambivalentním zážitkem spojeným s touhou dítě vidět a zároveň potřebou si od dítěte udržet fyzický odstup:

„A pak vlastně já jsem se jako nahýbala a ona (porodní asistentka) mi ho jako posouvala blíž a já jsem se odtáhla, že jako úplně blízko ne (...), nevím proč.“

Několik matek zároveň uvádělo, že v nich kontakt s dítětem vzbuzoval také pozitivní emoce, zejména pocit lásky k dítěti a potřebu mu ji fyzicky projevovat:

„A byla jsem překvapená, že mi tam hned vzniklo i takové to, že ji jakože mám ráda. Že vím, že to hned nemusí přijít, ale tam jsem ten moment pocítila.“ (Gabriela)

„...takže jsme si tu chvíli prostě užívali jen my tři, povídali jsme mu a pusinkovali ho a tak.“ (Alena)

Připomínka existence i ztráty

Řada rodičů v rámci tohoto výzkumu zmiňovala, že po smrti dítěte cítila potřebu si jeho existenci určitým způsobem připomínat. Jak již bylo zmíněno v teoretické části práce, je již v dnešní době poměrně běžné, že nemocnice rodičům nabízí možnost si na zemřelé dítě uchovat určitou hmotnou upomínku, která může mít podobu fotografie miminka, otisku ručky či nožky dítěte nebo předání memoryboxu, který obsahuje i další upomínkové předměty vztažené k zemřelému dítěti. I většina zde dotazovaných rodičů (7/10) uvedla, že jim byla nemocničním personálem nabídnuta či přímo bez zeptání předána určitá hmotná upomínka na jejich potomka.

Podobně jako v případě fyzického kontaktu s dítětem někteří rodiče hodnotili kontakt s obdrženými upomínkami v prvních chvílích jako velmi bolestivý a snažili se konfrontaci s nimi vyhnout:

„Já jsem si tu krabici (memorybox) brala domů, ale otevřela jsem si ji asi až po měsíci. Prostě nechtěla jsem to otevírat, hlavně když jsem věděla, že tam byla i ta dečka, i nějaká taková hračka, kterou mi oni k ní dali, když mi ji donesli. Takže to jsem úplně neměla odvahu si to hned otevírat...“ (Gabriela)

„...pro nás bylo strašně pak náročný i mít doma ten rodnej list vlastně, že to byly ty upomínky toho, že se to fakt stalo (...), vím, že v ten moment, kdy mi to tam třeba přinesli, že to můj muž musel jít vyzvednout někam na tu matriku a pak mi to tam jako přinesl, tak že to pro mě byly jako hrozně těžký chvíle.“ (Dagmar)

Je důležité podotknout, že vztah k těmto upomínkám se na straně řady rodičů v čase proměňoval, a ačkoliv pro některé rodiče byly tyto předměty, jak je výše zmíněno, v prvních chvílích připomínkou bolestivé ztráty, později pro řadu z nich představovaly cennou upomínku skutečné existence jejich potomka:

„Ted' jsou to ty věci, který mi upomínají, že tady jsem tu dceru měla a je to pro mě hrozně důležitý, že to mám (...), to je právě ten důkaz jakože: ‚Ale my jsme prostě to dítě měli, už nám ho nikdo jako nevezme‘ a mít tyhle věci doma může bejt i jako fakt léčivý...“ (Dagmar)

„...když mi řekli, že je tam možnost, jestli chci otisk nožičky, tak samozřejmě jsem řekla, že určitě, že aspoň nějakou vzpomínku abychom měli. Přece jenom jsem ho nosila devět měsíců v břiše, takže tu s náma byl, že jo, nějakou dobu. Takže aspoň nějakou malou vzpomínku, abychom měli...“ (Alena)

Podobně i návrat do domova, který byl přichystán na příchod potomka, a symbolizoval tak nenaplněnou budoucnost, byl pro řadu rodičů v prvních momentech bolestivou upomínkou ztráty:

„...takže už jsem měla tak nějak jako nějaké věci rozchystané v dětském pokoji, takže vrátit se a vidět to tam všechno, tak to bylo takové dost nepříjemné, musela jsem se toho rychle zbavit, jako všechno schovat, abych to neviděla.“ (Helena)

„...na mě ty nejtěžší stavy padaly vlastně doma, protože jsem chodila do toho pokoje, kterej měl bejt dětskej pokojíček a byl prázdněj, takže jsem v tom bytě vlastně jako nechtěla moc bejt.“ (Eliška)

Jak již bylo zmíněno v úvodním popisu tohoto subtématu, řada rodičů v rámci výzkumu uváděla, že zároveň cítila potřebu na dítě aktivně vzpomínat a nějakým způsobem se k jeho existenci vztahovat. Toto vzpomínání bylo u řady dotazovaných rodičů doprovázeno právě například kontaktem s hmotnými upomínkami, ale také třeba vytvořením rituálů, které umožňovaly vnést vzpomínky na dítě do běžného života. Od prvních dnů či týdnů následujících po ztrátě pak jeden ze způsobů vztahování se k existenci dítěte pro některé rodiče představovala také komunikace s potomkem skrze jemu adresované dopisy:

„A potom jsem ale začala psát jako dopisy tý své dceři (...), že mě to jako strašně mrzí, že jsem ji chtěla prostě poznat, že mě mrzí, že jsme se spolu jako nerozloučily...“ (Dagmar)

„Psala jsem dopisy (...), ze začátku to bylo takové to jako: ‚Proč?‘ a co se vlastně stalo, jak mi chybí a že mě mrzí, že vlastně neuvidím, jak bude vyrůstat, jak by vypadal (...). Pak už to bylo spíš takové ty popisy situací, jakože jak se máme my (...), pak jsem třeba psala, jak jsem byla těhotná, tak nějak průběh toho těhotenství...“ (Helena)

6.2 Zbytečné utrpení

Situace porodu mrtvého dítěte a zejména pak období čekání na započetí porodu a proces porodu samotný byl na straně řady rodičů doprovázen pocity psychického, ale také fyzického utrpení (primárně reprezentovaného na straně žen porodními bolestmi). Toto utrpení bylo mnoha matkami i otci nahlíženo jako zbytečné, neboť neústilo v radostnou budoucnost spojenou s příchodem očekávaného potomka, ale naopak v životní kapitolu spojenou s bolestí a nutností vyrovnávání se se ztrátou. Toto téma je reprezentováno dvěma oddělenými sub tématy. Sub téma *Nechat vše za sebou* se vztahuje primárně k zaměření rodičů na ukončení prožívaného utrpení, sub téma *Tělesná zkušenost* se pak vztahuje k prožívanému fyzickému utrpení, a je tak jediným sub tématem, které sestává pouze ze zkušeností matek, ne však otců.

Nechat vše za sebou

Porod mrtvého dítěte není, jak již bylo předestřeno v teoretické části, jednorázovým úkonem, ale často naopak poměrně zdlouhavým procesem spjatým na straně rodičů s nutností neustálého vyčkávání. U řady dotazovaných rodičů toto vyčkávání doprovázela také fixace pozornosti na konec celého procesu a přání se k tomuto konci co nejrychleji přiblížit s cílem nechat celou zkušenost za sebou.

Intenzivní touhu po tom, aby celý proces skončil, popisovala v rámci období čekání na započetí porodu či porodu samotného naprostá většina rodičů (9/10):

„Ted' prostě víte, že to dítě musí jít ven a už to chcete mít za sebou, všechno. Všechno to období už chcete mít jako pryč.“ (Cecilie)

„Tam asi hlavně byl ten pocit, že už to chci mít za sebou všechno, už to prostě nechci prožívat dál, ať to už skončí.“ (Gabriela)

Specifickou zkušenost pak popisovala Helena, pro kterou bylo započetí porodu doprovázeno jak touhou po ukončení situace, tak dalšími ambivalentními vjemy. Ty byly vyvolány uvědoměním, že porod bude představovat první, ale i poslední kontakt s očekávaným potomkem:

„...jsem si říkala, že nechci, aby šel ode mě, že to nebyl ten správný čas. Ale pak jsem si říkala, že vlastně už ho chci mít jako v náručí. Dost se to ve mně bilo v tu chvíli.“

Pro řadu rodičů byla potřeba co nejrychlejšího ukončení celé situace provázena touhou vyhnout se procesu vaginálního porodu a přáním, aby dítě bylo vyjmuto z těla operativním zákrokem:

„...a ta paní doktorka pak jako teda rozhodla, že prostě to půjde přirozeně, za což já jsem jí v tu chvíli strašně jako nenáviděla, protože jsem chtěla, aby mě jako vypli, abych nemusela nic jako v tu chvíli cejtít.“ (Dagmar)

„...já jsem říkala, že chci, aby už to skončilo, aby už jí vyndali prostě, že to nechci vidět, ať mě uspěj.“ (Františka)

Ve zpětném hodnocení absolvování vaginálního porodu se pak mezi sebou rodiče lišili. Zatímco například Dagmar hodnotila zpětně možnost absolvovat porod přirozenou cestou pozitivně, a to především s ohledem na benefity tohoto přístupu pro budoucí těhotenství a následný porod:

„...dneska jsem ty paní doktorce strašně vděčná, že se rozhodla takhle, protože mi to umožnilo vlastně další porod absolvovat normálně.“

Eliška vnímá dodnes vaginální porod jako traumatizující zkušenost, která měla naopak na budoucí těhotenství dopad negativní:

„Myslím, že důvod, proč jsem pak dlouho nemohla otěhotnět, bylo vlastně fyzický trauma z toho porodu, protože jsem se bála, že to zažiju znova.“

Rozdílné pak bylo mezi rodiči také hodnocení dopadů způsobu porodu na proces vyrovnávání se se ztrátou. Zatímco Eliška vnímala vaginální porod jako ztěžující prvek vyrovnávání se se situací ztráty:

„Já si myslím, že kdyby mě prostě někdo uspal a já bych se prostě vzbudila jako po operaci, tak bych neměla pocit, že jsem prostě přišla o dítě, ale měla bych pocit, že jsem prostě absolvovala náročnou operaci dělohy (...), ten porod byl na tom jako vlastně obrovsky traumatizující.“

zcela opačně vnímala situaci Františka, u níž byl porod proveden v analgosedaci⁶ operativně. Zatímco zpočátku Františka hodnotila možnost vyhnout se vaginálnímu porodu pozitivně, s větším odstupem času považovala operativní ukončení těhotenství za krok, který jí odebral veškerou kontrolu nad danou situací, podpořil v ní pocity bezmoci a dlouhodobě přispěl naopak ke zhoršenému vyrovnávání se se ztrátou:

„...je to sebrání těhotenství, že prostě já jsem byla těhotná a najednou jsem tam přišla a cvak a konec a už to vůbec nebylo v mých rukou, prostě oni to skončili, jo? (...) Já jsem tam prostě už pak byla kus masa, kterej prostě rozřízli, zašili, spravili a konec a miminko, to tady není už.“

⁶ Analgosedace je stavem navozeným užitím kombinace analgetik a sedativ s cílem utlumit fyzickou bolest pacienta a zároveň navodit relaxovaný stav, ve kterém dochází k částečné změně vědomí.

Touha vyhnout se procesu porodu souvisela na straně významného množství rodičů také s vnímáním zbytečnosti bolestivého fyzického procesu, který nebude dovršen přivítáním nového života, ale bude naopak zakončen zdrcující ztrátou:

„A teď já jsem jako vlastně věděla, že procházím něčím, co je pro mě těžký a náročný, ale vlastně není v tom žádná ta odměna (...), já jsem byla v nekonečné bolesti, která ale ústila v ještě jako mnohem větší bolest, se kterou se nedá vůbec nic jako dělat...“ (Dagmar)

„...že prostě to bylo tak jako fyzicky náročné a všechno a pak tam v uvozovkách není ta satisfakce jako toho, že tam mám to dítě, že si tím vším projdu, ale stejně odejdu domů sama.“ (Helena)

Samotné dokončení porodu bylo částí rodičů vnímáno jako završení celé zkušenosti a pro některé z nich bylo také spojeno s pocity úlevy a vysvobození:

„Opravdu ten bezprostřední pocit byla obrovská úleva, že skončilo vyčerpání, že skončila bolest, že skončil prostě celej ten marast.“ (Eliška)

„...v podstatě pro nás to byla, dá se říct, jako velká úleva, že je to za náma po těch všech dnech (...), to ukončení bylo z mého pohledu méně stresové než vlastně to oznámení.“ (Ivo)

Jak již bylo uvedeno v rámci subtématu *Odmítání reality*, pro některé rodiče byla zpráva o úmrtí dítěte do určité míry očekávaná, neboť byli již dříve lékaři informováni o špatném prospívání dítěte v nitroděložním prostředí. Pro dvě ženy z této skupiny pak byl samotný porod spojen také s úlevou plynoucí z faktu, že miminko již skutečně zemřelo:

„...asi to byla i ta úleva, že se prostě už ona netrápí, protože já jsem věděla, že není dostatečně vyživované to dítě, takže jsem věděla, že se určitě i trápí...“ (Gabriela)

„...vlastně jsem si říkala v tu chvíli, že je i dobře, že to děťátko bylo mrtvý, protože jsem si říkala, že ten malinkatej človíček, jako vlastně aby ještě prožíval trauma z porodu a pak někde umřel, že by to bylo horší, že takhle umřel prostě v teple a obklopenej mámou...“ (Eliška)

Touha nechat vše za sebou pak byla na straně řady rodičů po porodu dovršena pocitovanou potřebou opustit co nejrychleji nemocniční prostředí spojené s bolestivou zkušeností a vrátit se domů:

„Takže jsem si to i vyhádala, že teda, ať mě pustí domů, že prostě to tady jako psychicky nedávám, že potřebuju bejt prostě doma.“ (Alena)

„No a pak vlastně už jsem se soustředila jenom na to, aby nás pustili jako pryč, abych už jako byla, abychom byli doma.“ (Cecílie)

Tělesná zkušenost

Tělesná zkušenost je významnou součástí procesu porodu mrtvého dítěte a je v rámci tohoto subtématu vztažena výlučně k ženám, které ji přímo zakouší. Vzhledem k tomu, že se tento výzkum zaměřuje na psychickou úroveň zkušenosti, jsou popisované tělesné prožitky analyzovány zejména ve vztahu k prožitkům duševním.

Proces porodu mrtvého dítěte byl na straně všech zúčastněných žen (8/8) spojen s významnou mírou fyzického diskomfortu, který byl způsoben nejen silnými porodními bolestmi, ale také například nevolností zapříčiněnou užitím tablet k vyvolání porodu. U několika žen tento diskomfort pak vedl v průběhu porodu k tomu, že tyto ženy svou pozornost fixovaly téměř výlučně na tělesné prožitky:

„...ty kontrakce hrozně bolely (...), takže asi díky tomu jsem se nedokázala soustředit vůbec na nic než na tu bolest.“ (Dagmar)

„...a samotný porod, tam asi ta fyzická bolest přehlušila i ty psychické stavy už potom ke konci.“ (Gabriela)

Pro většinu žen byl porod ztížen skutečností, že byly v době jeho započetí prvorodičkami, a nedisponovaly tedy dostatkem vědomostí a zkušeností spojených s průběhem celého fyzického procesu. Tato skutečnost pak byla pro některé z žen znejišťujícím elementem:

„...jako prvorodička jsem vlastně nevěděla, co mám dělat, teďka s tím epidurálem jsem necítila moc ty kontrakce jakože, tak to bylo pro mě takové těžké...“ (Helena)

„Já jsem ještě ani neměla absolvované předporodní kurzy, takže jsem v podstatě vůbec nevěděla, co se bude dít při tom (...). Jako cítila jsem hodně tu nejistotu, protože jsem vlastně nebyla nachystaná na ten porod. Teď když jsem rodila podruhé, tak jsem už věděla o dost víc, takže i to samostudium by mi to asi bylo ulehčilo.“ (Gabriela)

Dvě ženy také uváděly, že ztěžujícím prvkem procesu porodu byla skutečnost, že jejich tělo ani rozené dítě aktivně procesu nepomáhalo tak, jak by se dalo očekávat u běžného porodu:

„A když jsem rodila to malinký mrtvý děťátko, tak se to tělo strašně jako bránilo, bylo sevřený, nechtělo ho pustit ven, protože je to prostě strašně brzo (...), navíc mrtvý děťátko ono nepomáhá, živý děťátko se snažej vlastně dostat ven...“ (Eliška)

„...mně začaly bolesti jako poměrně brzo a vzhledem k tomu, že to tělo nebylo úplně připravené (...) a ještě psychicky jsem na tom nebyla dobře, tak se tomu asi moc nechtělo nějak.“ (Helena)

Specifickou zkušenost spjatou s tělesnými prožitky popisovala také Eliška, ve které proces vyvolávání porodu pomocí nitroděložního zavádění tablet ústil v intenzivní pocit odporu spojený s vědomím nepřírozenosti celého procesu:

„...ten základní pocit, kterej u toho byl, byl fakt jako takovej nějakej až jako štítivě nechutnej, protože fakt, že k vám jednou za dvě hodiny přijde člověk, něco vám strčí mezi nohy, a vy díky tomu přijdete o dítě, do teďka je mi z toho tak jako ne úplně dobře...“

6.3 Potřeba opory

Významným tématem linoucím se celou zkušeností porodu mrtvého dítěte je také rodiči pociťovaná potřeba opory. V rámci tohoto tématu jsou mapovány tři hlavní zdroje této opory tak, jak je vnímají dotazovaní rodiče, a to ze strany personálu, blízkého okolí a rodičů, kteří

prošli podobnou zkušeností. Samotná subtémata jsou pak nazvána jako: *Připravený personál, Zasažení blízcí a Nejsme jediná.*

Připravený personál

Nemocniční personál provází rodiče zásadními momenty procesu porodu mrtvého dítěte. Je přítomen v situaci oznámení zprávy, účastní se porodu a často je také přítomen loučení se rodičů s jejich mrtvě narozeným potomkem. Řada dotazovaných rodičů uváděla, že přístup ošetřujícího personálu se významným způsobem spolupodílel na tom, jak zvládali proces porodu mrtvého dítěte a také jak se následně se situací ztráty dítěte vyrovnávali. I proto zřejmě také několik z rodičů v rámci rozhovoru explicitně zmiňovalo, že je klíčové, aby byl ošetřující personál na situaci porodu mrtvého dítěte dopředu připravený.

Všichni dotazovaní rodiče (10/10) vyjadřovali potřebu či si cenili empatického přístupu ze strany ošetřujícího personálu, který zahrnoval projevy pochopení a soucitu, citlivou komunikaci či obecně projevy zájmu. Pocity frustrace a hněvu pak vyvolával v rodičích opačný přístup personálu:

„...porodní asistentky, sestřičky i sanitářky, prostě úplně všichni byli skvělí, takže to mi obrovsky pomohlo, že jsem tam jako tu empatii zažila ze všech stran (...) a cítila jsem, že byly takové milejší k nám ty všechny porodní asistentky, co nás chodily vyšetřovat.“ (Gabriela)

„...žádný doktor se mnou nejednal vyloženě jako abych řekla třeba laskavě nebo s nějakým pochopením, jako to, že mě tam přivezli v noci brečící a krvácející, a první, co mi doktorka řekne, bylo: ‚Nebulte‘, bylo jako dost šokující...“ (Eliška)

Eliška také uváděla, že si ze strany personálu naopak cenila přístupu, který projevoval úctu k zemřelému dítěti:

„...sestra nám říkala, jak bude potom vypadat ten postup, jak se s ním bude nakládat, kam si o něj můžeme přijít zažádat, abychom věděli, že prostě s ním nebude naloženo jako s biologickým odpadem, že se s ním opravdu zachází jako s člověkem a ne prostě jako s uříznutou nohou nebo s tumorem, což bylo vlastně jako hrozně úlevný, že je to furt člověk a ne jako odpad biologickéj.“

Cecilie pak zároveň popisovala, že příliš pečující přístup ze strany personálu v ní vyvolával bolestivé emoce, kterým se snažila vyhnout tak, aby porod zvládla:

„...ona (porodní asistentka) se se mnou jako moc nemazala, což jako na jednu stranu možná pro mě bylo v tu chvíli lepší, než kdyby na mě byli jako hrozně tuří, jo?,

na dotaz, v čem jí tento přístup vyhovoval, odpověděla následovně:

„Protože mi to jako nespouštělo asi ty emoce, jo? Jakože když na mě byl někdo takovej jako tuří, jako to bylo při tom příjmu ta sestra, tak tam už jako jsem začínala nabírat, že budu brečet (...) a já jsem se tam nechtěla sesypat.“

Významnou oblastí, ke které se rodiče v rámci výzkumu vyjadřovali, bylo také poskytování informací ze strany personálu. Pozitivně řada rodičů hodnotila, pokud členové personálu komunikovali s rodiči „na rovnu“ a poskytovali jim dostatečné množství informací o aktuální situaci, průběhu celého procesu a také poskytovali informace týkající se praktických náležitostí, kterými se rodiče po smrti dítěte museli zabývat:

„Bylo dobrý, že jsem věděla na čem jsem, že mi vlastně říkali postup, co se bude dít i v průběhu toho porodu, že fakt jako vysvětlovali...“ (Alena)

„...dala nám (psycholožka působící v nemocnici) ten popis, co všechno musíme absolvovat, ať už na matrice nebo kvůli kremaci, že i to bylo potřeba zařídit. A kdybychom tohle měli řešit bez těch návodu a informací, tak by to bylo velmi nepříjemné (...), a díky těm informacím jsme se podívali do papíru a věděli jsme, kam zavolat a co zařídit.“ (Jan)

Řada rodičů také oceňovala, pokud se personál zajímal o to, co v danou chvíli potřebovali, a zároveň byl schopen tyto potřeby naplňovat, což se v několika případech také vztahovalo k umožnění pobytu partnera v nemocnici. Negativně pak bylo několika rodiči vnímáno, pokud ošetřující personál neposkytoval dostatek času k tomu, aby rodiče své potřeby mohli zvážit a následně vykonat důležitá rozhodnutí:

„...podpora té sestřičky byla jako maximální, ta tam za mnou chodila, jak se cejtím, jestli nepotřebuju s něčím pomoci. Tak jsem říkala, jestli by nedokázala zařídit právě, aby tam se mnou mohl být manžel, tak nakonec to zařídila. Za to jsem jí fakt jako doteď vděčná.“ (Alena)

„Já třeba jako do teďka vnímám jako velmi nefér chování, že mi tam vrazili nějaký papír s tím, jak si pohrbíme to dítě (...), já jsem říkala, že bych si to potřebovala rozmyslet, jakože to nedokážu teď rozhodnout a že bych potřebovala čas, a oni, že teda dobře, a pak ten papír dali podepsat mému muži, když jsem byla v celkový narkóze. A já si nejsem jistá, že on věděl úplně, co podepisuje (...), to jsem tam vnímala jako velké zranění a jako velmi nefér přístup, že tam ten prostor nedali...“ (Dagmar)

Několik žen pak také uvádělo, že zpětně vnímaly jako důležité, aby personál mapoval jejich potřeby opakovaně, konkrétně například, aby se na to, zda rodiče chtějí či nechťejí vidět mrtvě narozené dítě, zeptal v průběhu celého procesu vícekrát:

„...to bych tam nějak zdůraznila, aby se ten personál třeba zeptal víckrát.“ (Blanka)

„...prej se mě ptali, jestli ji chci vidět, ale já si to vůbec nepamatuju (...), jako jestli se mě zeptali jednou, tak to sorry, to asi nestačí.“ (Františka)

Řada rodičů uváděla, že oceňovali, pokud z chování ošetřujícího personálu cítili jistotu plynoucí ze zkušenosti s podobnými situacemi. Nezkušenost personálu pak pro některé rodiče byla naopak zraňující:

„...ty sestry jsou zase opěrným bodem pro nás, že prostě už to párkrát zažily, vědí, jak se bude postupovat (...). Prostě mají ty postupy, kterých se dá držet. A i to nás prostě drželo v nějaké naději na to, že vše proběhne prostě v pořádku a my to za nějakou dobu prostě budem moct uzavřít.“ (Ivo)

„...nepomáhaly mi v tom takový ty věci, jako že se tam nějaká ta sestřička nadšeně ptala: ‚A co máte přichystaný za jména?‘, jak prostě ony asi jsou zvyklý, protože tam probíhá pravděpodobně většina porodů přirozeně a končej dobře, tak vlastně nejsou připravený na tyhle situace...“ (Dagmar)

Situace, kdy ošetřující personál projevoval ve vztahu k dané situaci vlastní emoce, byla rodiči hodnocena různorodě. Otevřené projevy lítosti a účasti na straně personálu všichni rodiče, kteří o této zkušenosti hovořili, hodnotili pozitivně:

„A přitom, jak nám ta porodní asistentka nesla toho malého a ptali jsme se, jestli je to holčička nebo chlapeček, tak to bylo, že vlastně tak nějak začala brečet i ona, že to asi pro ni taky bylo dost těžké (...). Bylo to hodně lidské, bylo hezké vidět, že taky není stroj a že má ty emoce taky a že jí na tom záleží.“ (Helena)

„...a já jsem jí (zdravotní sestře) nějak řekla, že je mi špatně (...) a ona vlastně mi sdílela zas jako svůj příběh. A to mi jako asi pomohlo, že mi třeba říkala, že její manžel, že je taky nemocnej vážně (...), že jsem se jako taky otevřela.“ (Cecilie)

Negativně pak byly některými rodiči hodnoceny situace, kdy domnívané vlastní emoce personálu ústily v neposkytnutí žádoucí péče a podpory:

„... (lékařky) byly takový jako lehce odtažitý až chladný, a to si myslím, že bylo tím, že si to prostě nemohly nechat pustit k sobě, protože to pro ně samotný bylo náročný (...), jsem měla pocit, že jako já jsem tam v té pozici, kdo by potřeboval tu podporu, ale vlastně ji jako nedostává od těch lidí, protože oni sami se v tom jako necejtí dobře.“ (Dagmar)

„Ta podpora tam nebyla, ten personál byl v šoku (...), kdyby to bylo o pár dní později, tak bych já měla tendenci je opečovat, jo? Jakože: ‚Ježíš, sorry, co se Vám stalo, já Vám chci pomoci‘. A říkám si, že to je ale něco špatně jako.“ (Františka)

Specifickou kategorií ve vztahu k poskytované péči ze strany ošetřujícího personálu pak tvoří nevyžádaná podpora, kterou tři účastníci výzkumu vnímali ze strany přítomných psychologů. Nevhodnost dané podpory se týkala nejen jejího špatného načasování, ale také její nevhodně zvolené formy. Alena popisuje situaci, kdy psycholog v průběhu porodu poskytoval edukaci týkající se procesu truchlení a následných kroků, které rodiče musí po porodu uskutečnit:

„...že ta matka vlastně ještě tajně doufá, že by jako něco se mohlo stát, aby to prostě bylo v pořádku a přijde Vám tam někdo říkat, jak pochovat miminko, jestli chcete zařídit pohřeb (...), já kdybych třeba chtěla pomoci, tak bych si jí řekla a nebo tu pomoc by mi mohli dát, až třeba když bych odešla z nemocnice (...), ale ne, že tam za Váma prostě přijde psycholog a začne vám vykládat o tom, jak se s tím vyrovnat, když ještě doufáte v podstatě.“

Gabriela pak popisuje situaci, kdy psycholog doprovázel rodiče v průběhu loučení se s mrtvě narozeným miminkem:

„...bylo mi to nepříjemné nakonec, že tam byla (psycholožka). Že ten moment bych chtěla být asi jen s manželem, že prostě to byla tak intimní chvíle, že jsem tam další lidi ani nechtěla (...) a když jsem malou vlastně držela, tak říkala: ‚Ta je kráááásná‘ (...) a pak říkala, jak jsem hrozně statečná. To jsou situace, kdy by člověk možná, i ticho by stačilo.“

Zasažení blízcí

Jak již bylo zmíněno v teoretické části práce, i sociální okolí rodiče tvoří důležitou součást podpůrné sítě, která může vstupovat do procesu vyrovnávání se se ztrátou dítěte. Pro řadu žen v tomto výzkumu byli pak nejvýznamnějším prvkem této sítě od prvních chvil přímo jejich partneři. Ačkoliv by se mohlo zdát, že získání podpory partnera může být pro ženy komplikované, neboť i muži sami jsou těmi, kdo jsou v dané situaci ztrátou zasaženi, většina žen uváděla, že se jim podpory partnera v plné míře dostávalo. Získání této podpory mohlo být umožněno také fenoménem, který pojmenovávali oba dva dotazovaní muži, a to, že v situaci porodu mrtvého dítěte cítili jako svůj primární úkol stát se oporou pro vlastní partnerku.

Jak již bylo uvedeno, naprostá většina žen (7/8) popisovala, že pro ně přítomný partner představoval v situaci porodu mrtvého dítěte významný či dokonce nejvýznamnější zdroj opory:

„...že tam byl ten manžel a neměli problém ho tam nechat, to byla záchrana.“ (Františka)

„To byla největší podpora, ten manžel, no.“ (Alena)

Potřeba opory pak byla spjata u řady žen přímo s potřebou fyzické přítomnosti partnera v nemocnici. Situaci pak například Aleně zkomplikovala kovidová pandemie, kvůli které jí partner nemohl být nablízku po celou dobu hospitalizace:

„...já jsem v podstatě ty dva dny v tý nemocnici fakt jako probřečela, protože tam nemáte žádnou oporu, nemáte si s kým povídat. I když jako jsme si s manželem telefonovali, ale to není ono, neobejme vás, neřekne: ‚To zvládnem‘, nepohládí vás, nedá vám pusy.“

I první dny po návratu z nemocnice byly spojené na straně řady matek s potřebou neustálé přítomnosti blízké osoby. Tuto osobu pro většinu dotazovaných žen představoval partner, ve čtyřech případech touto osobou byla také vlastní matka participantek:

„...manžel musel jet někam prostě na služebku a já jsem nechtěla bejt přes noc sama doma, přes den mi to nevadilo, ale přes noc jsem prostě nechtěla bejt sama, tak tam máma spala...“ (Cecílie)

„...já jsem hned z tý nemocnice odcházela jako k našim a byla jsem tam nějakou dobu, právě z toho důvodu, že můj muž měl nějaké pracovní povinnosti a byl celej tejden pryč (...), tak aby tam se mnou jako někdo byl, abych tam jako právě nemusela být sama.“ (Dagmar)

Sdílený zdroj opory pak pro matky i otce představovali blízcí příbuzní či přátelé. Ačkoliv řada rodičů hovořila o pozitivní zkušenosti s podporou ze strany blízkých, někteří zároveň vnímali, že poskytování podpory na straně druhých komplikovala jejich nejistota, jak k rodičům přistoupit, která v některých případech také ústila v kontraproduktivní vyhýbavé chování:

„A šlo vidět, že i ti velice blízcí, jako rodina a přátelé, tak v tom velice tápali, jakože neměli jasno, co by nám pomohlo, sami nevěděli a báli se, že udělají nějakou chybu, takže jako nechtěli otevírat toto téma.“ (Ivo)

„... (kamarádky) víceméně nevěděly, jak se třeba ke mně chovat. Všechny se snažily bejt hodný a milý, ale vlastně nevěděly, kudy do toho...“ (Eliška)

Jak již bylo zmíněno, oba dva muži, kteří se zúčastnili tohoto výzkumu, uvedli, že cítili intenzivní potřebu stát se v situaci porodu mrtvého dítěte oporou pro jejich partnerku:

„...chtěl jsem být s manželkou, aby na to nebyla sama (...), hlavně jsem chtěl, aby byla manželka v pořádku, takže jsem tam byl jako podpora, hlavně takto podpůrně jsem to prožíval, jako podpora.“ (Jan)

„...důležité bylo, abych to já v sobě, dá se říct, emocionálně nastavil tak, abych mohl být prostě oporou pro tu ženu, protože, myslím si, že pokud by tam toto nezafungovalo, tak by to bylo těžší pro ni. (...) a počítalo se, že tam (v nemocnici) budu přes noc, což v podstatě bylo důležité pro mě, abych mohl být s tou ženou.“ (Ivo)

Z citovaných úryvků je patrné, že potřeba být oporou souvisela na straně obou mužů také s potřebou být partnerce fyzicky nablízku a byla spojena zároveň s upřednostňováním potřeb partnerky před těmi vlastními. Ivo pak dále popisoval, že pro něj byl proces stávání se oporou pro vlastní partnerku velkou výzvou, neboť zahrnoval i nutnost překonat vlastní emoce:

„Nejtěžší pro mě bylo být oporou pro ženu, protože prostě nevídaná situace (...), nevěděl jsem, že něco takového může nastat (...). A umět se v tom zorientovat trošku a postavit se na nohy a nepropadat do těch depresí, a hlavně ukázat ženě, že prostě jsem tady s ní a v podstatě, že to můžem prostě zvládnout spolu. Takže to bylo nejtěžší si to nastavit v té mysli...“

Nejsme jediní

Součástí podpůrné sítě tvořili pro řadu participantů již od prvních momentů také další rodiče, kteří prošli zkušeností porodu mrtvého dítěte či podobnou zkušeností spojenou se ztrátou dítěte. Tyto rodiče účastníci výzkumu vyhledávali například v rámci podpůrných internetových skupin, ale stali se jimi také blízcí s podobnou zkušeností či například veřejně známé osobnosti, které sdílely svůj osobní příběh spojený se ztrátou potomka. Pro dotazované rodiče pak byli tito členové pomyslné komunity nejen zdrojem cenných zkušeností, ale také zdrojem ujištění, že nejsou jediní na světě, kdo podobnou situaci a ztrátou musel projít. V rámci tohoto výzkumu uvedla potřebu vyhledat v určité fázi truchlení takovouto formu podpory většina účastníků (7/10).

Rodiče, kteří prošli podobnou zkušeností, byli některými dotazovanými participanty vnímáni jako jediní, kteří byli schopni jejich situaci plně porozumět. Pro některé participanty, jak již bylo zmíněno výše, také tito rodiče představovali zdroj cenných zkušeností:

„Já jsem asi hledala někoho, kdo to prožil sám, aby mě pochopil, co cejtím (...). Nejvíc mi teda pomohlo, když jsem tam (do podpůrné facebookové skupiny) napsala, co se stalo. A ty

maminky, protože prožily to samý, takže mě tam, v uvozovkách, chlácholily, že to bude dobrý, že to chce čas a že mu mám napsat dopis, jak se cejtím.“ (Alena)

„Co se týče rodiny, tak jako třeba s babičkou jsem o tom mluvila, protože babičce vlastně taky zemřela dcera, takže jsem měla pocit, že ona mi rozumí.“ (Helena)

Jak již bylo také uvedeno, pro některé dotazované matky a otce tito druzí představovali mimo jiné i zdroj ujištění, že touto do určité míry specifickou ztrátou neprocházejí jako jediní a že je možné situaci zvládnout:

„...ty skupiny (podpůrné) jsou určitě fajn, že si ta žena uvědomí, že v tom není sama. A mě dost překvapilo, kolik nás je.“ (Gabriela)

„Hodně nám pomohly teda nějaké ty weby s příběhy, že jsme si prostě uvědomili, že v tom nejsme sami, že se tohle děje poměrně normálně a že to není vůbec jako ojedinělý případ. Takže tady toto nám dalo nějaký vhled do života, že prostě: ‚Podívej se, tady je x stovek rodin, kteří se s tím smířili, kteří to prostě přežili...‘“ (Ivo)

Do procesu vyhledávání této formy podpory zároveň na straně řady rodičů vstupovala také v prvních dnech i týdnech potřeba určité míry izolace a potřeba nenechat se emocemi spojenými se ztrátou zcela zahltit (obě tyto potřeby se v rámci zkušenosti rodičů jeví jako velmi významné a jsou předmětem samostatných subtémat *Vyhýbání se* a *Kontrola emocí*). Tyto potřeby pak také spoluurčovaly, jakým způsobem a v jaké podobě podporu dalších rodičů participanti vyhledají. Naprostá většina účastníků, kteří cítili v nějaké podobě potřebu podporu této pomyslné komunity vyhledat, uvedla, že primárním způsobem získání této podpory bylo vyhledávání příběhů druhých, kteří prošli podobnou zkušeností, ať už v rámci podpůrných internetových skupin, či například v médiích. Tyto příběhy jim pak byly zdrojem opory bez nutnosti jakékoliv další interakce:

„...jsem si četla ty příběhy, ale nechtěla jsem, i když jsem věděla, že jsou ty možnosti jít na nějaké ty skupinové setkání těch rodičů, kteří přišli o to dítě, tak se mi tam vlastně ani nikdy nechtělo jít, nechtělo se mi to takhle sdílet jako hromadně.“ (Helena)

„...třeba v jedné televizní soutěži byl chlap a oni přišli o dítě, nějak jinak, ale prostě přišli o miminko. A vim, že mi jakože tyhle příběhy hrozně pomáhaly. Ale nechtěla jsem to asi takhle jako sdílet, já jsem se v tom asi jako úplně nechtěla s někým utápět.“ (Cecilie)

Pro některé rodiče bylo také důležité bez nutnosti osobního kontaktu s pomyslnou komunitou sdílet vlastní příběh. Část rodičů zároveň uváděla, že tento krok byla schopna učinit až v pozdějších fázích vyrovnávání se se ztrátou:

„Napsali jsme nějaké rozloučení s tím naším miminkem vlastně na takový podpůrný web.“ (Ivo)

„...jsem se přidala do jedné facebookové skupiny, tam jsem si i četla ty příběhy, zajímaly mě takové ty, které se nejvíc podobaly tomu mému příběhu, takže to jsem si jako relativně dlouho četla. Ale asi až po půl roce jsem tam napsala svůj vlastní příběh, že jsem tam i napsala, že dlouho mi to trvalo se v tom nějak jako vyznat.“ (Gabriela)

Promluva Aleny, která také v rámci podpůrné facebookové skupiny sdílela vlastní příběh, pak ilustruje, že i takovýto aktivní krok byl zároveň provázen potřebou mít určitým způsobem kontrolu nad mírou sdílených emocí:

„Nikdo tam neměl zbytečný otázky, jo? Nikdo se tam nezeptal, jak se cejtím, protože to nejde ani jakoby popsat, jak jsem se cejtila. Takže až právě na tý podpůrný skupině na tom Facebooku, tak tam se mě neptali, jak se cejtím, ale rovnou odpovídali, protože prožili to samý, takže se nemuseli vlastně ptát...“

6.4 Izolace

Řada rodičů uváděla, že v situaci porodu mrtvého dítěte a v prvních dnech či týdnech následujících po ztrátě cítila potřebu se izolovat od svého někdy i nejbližšího okolí. Tato izolace na straně rodičů souvisela zejména s potřebou prostoru ke zpracování bolestivé zkušenosti a také se snahou vyhnout se jakýmkoliv zraňujícím podnětům, které jim byly kontaktem a komunikací s okolím zprostředkovávány. V rámci tohoto tématu byla identifikována dvě následující subtémata: *Komunikace jako zátěž* a *Vyhýbání se*.

Komunikace jako zátěž

Ačkoliv naprostá většina rodičů (9/10) uváděla, že cítili v určité fázi truchlení potřebu o ztrátě a s ní spojených prožitcích hovořit, zpočátku pro většinu z nich v řadě ohledů zároveň komunikace s druhými představovala významnou zátěž. Velmi nepříjemným a často také zraňujícím úkolem pro rodiče byla zejména nutnost sdělovat zprávu o tragicky ukončeném těhotenství, která byla některými rodiči vnímána také jako střet s apriorně optimistickým očekáváním okolí:

„...takže takový ty otázky: ‚Jéé, a kde máte miminko?‘, protože samozřejmě viděli, že už žádný břicho nemám, takže potom takový to vysvětlování, to asi tak pro mě jako bylo nejhorší, že prostě říct, že Honzík není.“ (Alena)

„To vědomí, že lidi očekávají, že každou chvíli bude porod, ten kolektiv pracovní, a to vědomí, že musím přijít a vysvětlit, že to tak nebude, že nebude dítě. To bylo nepříjemné – a to vědomí, že ta diskuze musí nastat dříve nebo později, že se tomu nedá vyhnout ani utéct před tím.“ (Jan)

Toto sdělování bylo pak na straně některých rodičů také doprovázeno zvažováním, komu a jak zprávu o úmrtí dítěte sdělit. Některé ženy uváděly, že cítily potřebu sdělením zprávy pověřit partnera či jiné rodinné příslušníky:

„Poprosila jsem ho (partnera), ať to někomu jako napíše ještě vlastně na tom ultrazvuku (...). A s babičkou a s dědou jsem se vlastně o tom jako nikdy nebavila, protože jsem vlastně poprosila mámu, ať jim to řekne.“ (Cecílie)

„...bylo náročné, jak komunikovat s okolím a jak v podstatě to zvládnout, jak s nima vykomunikovat, co se stalo, do jakého detailu jim to popsat, jestli nám to nějak ublíží nebo nám to pomůže.“ (Ivo)

U řady rodičů pak strach z komunikace s okolím vedl také k určitému vyhýbavému chování:

„A bála jsem se jít jako ven, že někoho potkám a že se mě bude ptát, to jsem se bála.“ (Františka)

„...já jsem prostě jako nechtěla chodit do té práce, protože všichni moji kolegové věděli, že čekám miminko, já jsem se mezi ně jako nechtěla vrátit s tím, že to miminko nemám. Prostě mi jako bylo trapně a nechtěla jsem, aby mě litovali.“ (Eliška)

Potřeba vyhýbat se komunikaci o prožité zkušenosti byla pak také na straně některých rodičů sycena obavou z devalvace jejich prožívání a ztráty, kterou řada z nich vnímala jako velmi zraňující. S devalvací se dotazovaní rodiče setkávali například ze strany ošetřujícího personálu, ale někdy také ze strany spolupracovníků či dokonce ze strany rodiny:

„...takový ty reakce jako: ‚Život jde dál a budete mít druhý dítě‘ a tohle, jo? To si říkáte: ‚Jasně, život jde dál, ale můj, ne jeho (miminko)‘. Jo, že prostě jsem říkala, kdyby ty lidi aspoň jako mlčeli.“ (Cecilie)

„...s nikým jiným jsem o tom v rodině prostě mluvit nechtěla, protože jsem měla pocit, že jako, ne že by mi dávali najevo, že musím být silná, ale neviděli tu formu toho truchlení, že fakt potřebuju třeba brečet nebo s nikým nemluvit, že prostě jakoby jeli ten život tak, jak jel předtím a jakoby se nic nestalo.“ (Helena)

Velmi významným tématem v rámci komunikace o ztrátě byla pro některé dotazované ženy potřeba nezraňovat druhé vlastním utrpením. Tato potřeba se manifestovala ve vztahu k přátelům, rodině a u jedné z žen také ve vztahu k vlastnímu partnerovi. U všech těchto žen pak potřeba nezraňovat druhé vedla k určitému potlačování vlastních emocí:

„Já jsem se to snažila potlačovat ten smutek právě, já jsem se snažila dělat, že se prostě, ne že nic nestalo, ale že mě to nějak nezasáhlo, i kvůli blízkým jako, jo? Že jsem chtěla být statečná pro ostatní, takže jsem to spíš potlačovala.“ (Blanka)

„Mně jich (blízkých) bylo líto, mně bylo vlastně hloupý, že se cejtí špatně kvůli mně (...). A měla jsem jako tendenci prostě nějak je jako opečovat, nějak jako říkat: ‚Hele, já to nějak zvládám, jako dobrý, nedělej si starosti.‘“ (Františka)

Dagmar, pro kterou byla potřeba nezraňovat vlastními emocemi druhé také významnou součástí její zkušenosti, zároveň popisuje moment, kdy naopak v prvních dnech následujících po ztrátě dítěte a stavu hluboké beznaděje cítila intenzivní potřebu své utrpení druhým zprostředkovat zraňujícím způsobem:

„...si uvědomuju takovou jako až úplně absurdní radost z toho, když tam vždycky přišla ta moje máma a prostě jako: ‚Dášo, musíš ale jít prostě nebo se prostě neuzdravíš‘ a něco. A já jsem tam měla v hlavě takový to: ‚No vidíš a ty teď si prožiješ to, co já tady musím trpět, ty teď tady uvidíš, jak trpí to tvoje dítě a prostě si to užij.‘“

Jak již bylo zmíněno v úvodu popisu tohoto subtématu, naprostá většina rodičů uváděla, že cítila v určité fázi truchlení potřebu o ztrátě dítěte a vlastních prožitcích s touto ztrátou

spojených hovořit. Tato potřeba byla na straně rodičů naplňována především skrze hovory s partnerem či dalšími blízkými:

„...já jsem prostě nechtěla dělat, že se nic nestalo. Já jsem, když někdo přišel a říkal: ‚Jak se máš?‘, no, tak jak se můžu mít, že jo, špatně prostě, ale potřebovala jsem to jakoby sdílet nějakým způsobem...“ (Cecilie)

„Hodně jsme o tom mluvili s manželem spolu. To mi pomáhalo o tom komunikovat s ním, protože on si procházel tu stejnou bolest jak já, tak vlastně sdílet tady tu bolest.“ (Helena)

Dagmar pak popisovala, že ačkoliv neměla potřebu hovořit o ztrátě dítěte příliš často, bylo pro ni důležité vědět, že jsou partner i další blízcí těmto hovorům otevření:

„...pro mě bylo jako důležitý to vědomí toho, že můžu (hovořit o ztrátě). Sice jsem to jako málokdy využila, ale to, že můžu, když budu potřebovat, tak to bylo jako důležitý, a to jsem prostě vnímala u těch svých jako blízkých přátel a v tý rodině vlastně jako taky.“

Potřeba hovořit o ztrátě a zároveň potřeba nezraňovat vlastním utrpením druhé také u některých žen ústila ve vyhledání psychologické podpory či ve zpětně vyjadřovanou potřebu tuto podporu vyhledat:

„...já jsem byla ráda, jakože mluvím, byl to pro mě (psycholog) jakoby cizí člověk, takže tam jako můžete říct třeba víc bez toho, aniž byste zranila toho druhýho, jo?“ (Cecilie)

„...protože by to byl někdo (psycholog), komu bych to mohla říct bez toho, abych se bála, že ho zraním. Že by si se mnou promluvil někdo, třeba jako objektivní úplně ne, ale někdo, kdo do toho není citově zaangażovaný.“ (Blanka)

Ačkoliv se většina rodičů více nevyjadřovala k tomu, jaké další motivy stály za potřebou hovořit o ztrátě dítěte, promluva Heleny ilustruje, že pro ni komunikace o ztrátě představovala také možnost, jak opětovně validizovat existenci dítěte:

„...kdybych o něm nemluvila nebo prostě jako dělala, že se vlastně nic nestalo, tak je to takové jakože, že bych ho tím pohřbila nebo že bych prostě ho zabila takhle jako v těch myšlenkách. Nebo prostě – on tady byl a tím, že o něm nebudu mluvit, že vlastně to úplně zasklím.“

Vyhýbání se

U většiny rodičů (7/10) se v situaci porodu mrtvého dítěte, a zvláště pak časně po ztrátě, objevovala poměrně významná míra vyhýbavého chování ve vztahu k jejich okolí. Toto chování odráželo potřebu vyhnout se fyzickému, ale často i verbálnímu kontaktu s druhými a zahrnovalo také potřebu vyhnout se kontaktu se specifickými zraňujícími podněty, jakým byl pro většinu rodičů například kontakt s mateřstvím druhých. Vyhýbání se druhým pak na straně mnoha rodičů souviselo také s potřebou prostoru ke zpracování bolestivé ztráty.

Řada rodičů v situaci porodu mrtvého dítěte oceňovala, pokud jim ošetřující personál dokázal zajistit v rámci nemocničního prostředí soukromí, ve kterém mohli společně s partnerem procházet náročnou zkušeností:

„A co teda bylo nejdůležitější, tak že nás izolovali, což bylo hodně fajn. A v podstatě za to asi děkuju nejvíc, že jsme tam byli oba dva a mohli jsme to nějak zpracovávat prostě v klidu.“ (Ivo)

„...mě teda přesunuli na samostatnej pokoj jednolůžák, což bylo hodně příjemný, že tam člověk mohl mít soukromí na to (...), že jsme v tom mohli bejt spolu naprosto nerušeně, prostě před jako cizíma zrakama jsme byli ušetřený a byli jsme tam spolu.“ (Eliška)

Touha po soukromí byla pak také u řady rodičů velmi výrazná v období prvotního vyrovnávání se se ztrátou a byla spojena s již zmiňovanou potřebou vyhýbat se fyzickému i verbálnímu kontaktu s okolím:

„Já jsem vůbec s nikým nechtěla být v kontaktu. Vůbec jsem se s nikým nechtěla bavit.“ (Cecílie)

„Já jsem ze začátku vůbec nechtěla ani s nikým mluvit, nechtěla jsem – krom toho manžela – tak jsem ani nechtěla s nikým být. A dost mi jako vadil kontakt s kýmkoliv.“ (Helena)

Některé ženy také uváděly, že v prvních dnech následujících po ztrátě dítěte cítily v určitých chvílích potřebu vyrovnávat se se ztrátou zcela o samotě, tedy i bez přítomnosti partnera:

„Vlastně, že jsem byla dost málo sama, že jsem pak manželovi říkala, ať klidně jde pryč, že prostě chci bejt sama, jenom si prostě brečet.“ (Františka)

„...takže jsem tam (v nemocnici) byla jeden večer sama. Ale bylo to vlastně v pohodě, že jsem asi potřebovala být i já sama a on sám, abychom si to jako zpracovali každý po svém.“ (Helena)

Jak již bylo zmíněno, vyhýbavé chování bylo na straně řady rodičů také motivováno potřebou vyhnout se kontaktu s těhotnými ženami, čerstvými rodiči a novorozenci, neboť kontakt s nimi naprostá většina rodičů hodnotila jako velmi zraňující:

„...co mě nejvíc jako drásalo v tu chvíli, tak třeba když jsme jeli s manželem nakoupit a já jsem tam viděla maminky s kočárkama. Tak v tu chvíli to pro mě bylo nejtěžší, protože samozřejmě jsem spustila, začala jsem brečet, že takhle jsme mohli vypadat my.“ (Alena)

„...vlastně jsem vnímala každou těhotnou mámu nebo každou ženu s dítětem malým velmi bolestivě.“ (Dagmar)

Potřeba vyhnout se kontaktu s mateřstvím druhých byla na straně rodičů velmi intenzivní a souvisela i s potřebou vyhýbat se nejen přímému kontaktu, ale v situaci porodu také třeba sluchovým vjemům s mateřstvím druhých spojeným:

„Tak vlastně mě dali do úplně jiné sekce, než běžně ženy rodily, jako abych neslyšela dětský pláč a tak. To mi taky přišlo hrozně fajn.“ (Gabriela)

„Trošku mi bylo lehce nepříjemné, že vedle v pokoji vlastně tam byly maminky, které začínaly rodit. Tak to pro mě bylo jako těžší.“ (Helena)

6.5 Prožít nebo popřít

Téma *Prožít nebo popřít* pojmenovává určitý rozpor, který provází na straně rodičů proces porodu mrtvého dítěte i prvotní vyrovnávání se se ztrátou. V tom, do jaké míry se rodiče emocím spojeným se ztrátou a celou situací snažili vystavovat a do jaké emoce naopak potlačovat či tlumit, byly patrné interindividuální rozdíly. Potřeba ventilovat vs. kontrolovat emoce však oscilovala také intraindividuálně v závislosti na tom, v jaké fázi porodu mrtvého dítěte, popřípadě vyrovnávání se se ztrátou, se rodiče nacházeli. Je důležité podotknout, že do určité míry byl zároveň většině dotazovaných rodičů určitý pohyb mezi těmito dvěma póly v rámci vyrovnávání se se ztrátou společný. Jako specifická oblast pak bylo v rámci vyrovnávání se se ztrátou a tohoto tématu vymezeno také aktivní a cílené usilování o regulaci emocí. V rámci tohoto tématu byla tedy identifikována tři subtémata: *Ventilace emocí*, *Kontrola emocí* a *Aktivní vyrovnávání se*.

Ventilace emocí

Porod mrtvého dítěte je situací, která v rodičích vyvolává celou řadu emocí. Všichni dotazovaní rodiče uváděli, že cítili v určité fázi potřebu emoce spojené s touto situací a ztrátou projevit. Potřeba projevit tyto emoce se dá chápat nejen jako způsob uvolňování napětí, ale také jako projev procesu truchlení po ztrátě dítěte.

Mezi emoce, které rodiče v souvislosti se situací porodu mrtvého dítěte obecně nejčastěji popisovali, se řadí smutek, beznaděj, bezmoc, pocity prázdnoty, ale také pocity viny, vztek, pocity nespravedlnosti či pocit ztráty smyslu:

„To byl opravdu hluboký smutek, to si pamatuju, že jsem i seděla a že jsem prostě jenom plakala.“ (Gabriela)

„...a pak už to opravdu byla beznaděj, už jsem jako vůbec, už to bylo špatný, už jsem nemluvila...“ (Blanka)

„Bezmoc, vlastně nic s tím nemůžete dělat.“ (Ivo)

„Asi takové prázdno, taková nicota. Ani smutek bych to asi nenazvala.“ (Gabriela)

Pocity viny v souvislosti se situací porodu mrtvého dítěte prožívala řada rodičů. Tyto pocity se objevovaly na jejich straně v různé fázi zkušenosti a u některých žen také souvisely s pocitem mateřského selhání:

„...spíš až později přicházely jako takové ty výčitky moje, že jsem něco udělala špatně a tak (...). Furt si člověk říká: ‚Co by kdyby‘, co mohl udělat líp, takové to házení viny na sebe a podobně, no.“ (Helena)

Alena popisovala pocity viny v rámci odpovědi na otázku, co prožívala ve chvíli, kdy se dozvěděla zprávu o úmrtí dítěte:

„No že jsem ho zabila, že jsem to nepoznala. A v tu chvíli jsem prostě začala brečet, že prostě, že jsem na hovno máma, že jsem to měla poznat, že jsem měla reagovat dřív, že bych ho třeba ještě jako mohla zachránit.“

V souvislosti se situací porodu mrtvého dítěte také několik rodičů popisovalo prožívaný vztek. Ten se u těchto rodičů objevoval spíše až při zpětném reflektování zkušenosti a v řadě případů byl namířen i proti ošetřujícímu personálu:

„...asi i vztek. Já jsem ten vztek teda zacílila na toho doktora. Já ho doteďka prostě nemám ráda.“ (Cecilie)

„...byla jsem i našťvaná, že jako to mohlo bejt jinak, že kdyby to udělali (lékaři) nebo jako zhodnotili jinak (...). No, takže jako zlobila jsem se na ně i dost.“ (Blanka)

Pocity nespravedlnosti, které se objevovaly na straně některých matek, se pak vztahovaly jednak k myšlence, proč tato bolestivá ztráta postihla zrovna je, ale také k vnímání smrti miminka jako určitým způsobem protipřirozené:

„...fakt jako jsem si říkala, jak je to nespravedlivý ten svět, že se prostě tohle děje (...), že umře jako miminko, že se tohle prostě nemá stávat. A proč prostě my.“ (Cecilie)

„...když jsem slyšela zprávy, jak to miminko někdo hodil k popelnici, tak to mě úplně jakoby rozzuřilo, že prostě proč oni to dítě mají a nechtějí ho, ale my ho chceme a nemáme ho. Taková ta nespravedlnost jako, to mě hrozně štválo.“ (Helena)

Pro jednu z dotazovaných žen, Dagmar, byla také zkušenost se ztrátou miminka spojená s vnímanou ztrátou smyslu života:

„...vím, že jsem tam měla jeden takovej moment, kdy jsem prostě ležela na té posteli a říkala jsem si, že prostě to vzdávám, že já na to prostě jako nemám, že mi ten život jako přestává dávat smysl.“

Toto citové rozpoložení pak vedlo na straně Dagmar také k určitým úvahám nad ukončením vlastního života:

„...měla jsem tam prostě takový to, že když se nenajím, tak to můj tělo, kterému tam postupně jako během toho těhotenství odcházely ty orgány, který mi teď prostě všema těma práškama jako dopovali, tak když si ty prášky nevezmu a nenajím se, tak to tělo si prostě zkolabuje samo a bude klid.“

V úvodní fázi procesu, tedy v situaci oznámení zprávy o úmrtí dítěte, která byla spojena u řady rodičů s odmítáním reality ztráty, se na straně některých rodičů objevovalo také zmatení z vynořujících se emocí a nejistota, jak k těmto emocím přistoupit:

„...pro mě vlastně ta situace byla strašně nečitelná a nevěděla jsem vůbec, jako co se sebou, co prostě s těma pocitama, který jsem vlastně jako nechápala a nedokázala jsem to úplně jako rozklíčovat.“ (Dagmar)

„...prostě my jsme nevěděli vlastně, co máme dělat, jestli to v sobě držet, jestli to hodit za hlavu, jestli prostě dát průchod těm emocím...“ (Ivo)

Ačkoliv se na straně rodičů určité projevy emocí pochopitelně objevovaly po celou dobu procesu porodu mrtvého dítěte, řada žen uváděla, že emoce spojené s uvědoměním ztráty se u nich neobjevovaly postupně, ale přicházely spíše v podobě určitého zaplavení, a to buď po dokončení porodu, popřípadě po rozloučení se s mrtvě narozeným miminkem, nebo po návratu domů z nemocnice:

„...a pak vlastně až v momentě, kdy za mnou začali chodit lidi na tu JIPku, že tam za mnou pustili jako návštěvy (...), tak to na mě začalo prostě jako dopadat.“ (Dagmar)

„No a ten týden jako doma byl asi nejnáročnější z toho celého, asi to tak na mě celé už dopadlo. To byl opravdu hluboký smutek...“ (Gabriela)

Společně s výraznějším objevováním se emocí spojených se ztrátou se také na straně řady rodičů objevovala potřeba tyto emoce určitým způsobem ventilovat, a započít tak, z jejich pohledu, proces truchlení:

„A že přestože to pro mě bylo těžký, tak jsem asi už v ten moment byla jako ráda, že ji (otisk nožičky dítěte) tam mám, že jsem prostě ji tam jako vždycky měla, občas jsem si to jako vytáhla, koukala jsem se jako na to a jak to vlastně bylo silný, tak mi to pomáhalo jako brečet a nedržet to jakoby v sobě ty věci...“ (Dagmar)

„...já jsem měla prostě nějaký jako léky psychický a oni mi to zvyšovali, takže já jsem byla fakt taková trochu jako utlumená a vlastně pak jsem i tomu doktorovi říkala, že to nechci takhle hodně, že si to potřebuju prožít a odbrečet.“ (Františka)

Někteří dotazovaní rodiče pak uváděli, že pro ně potřeba ventilovat emoce spojené se ztrátou byla obzvláště silná především v prvních dnech po návratu z nemocnice. Tato potřeba u některých rodičů byla doprovázena také nezájmem o jakékoliv běžné denní činnosti a určitou mírou stažení se, které bylo reprezentováno často i několikadenním pobytem v posteli spojeným s intenzivním pláčem:

„Je vám jedno, že je tady bordel, je vám jedno, že je zima, teplo nebo cokoli jinýho, nepociťujete ani žádný hlad, ani žízeň. Prostě jenom se chcete schoulit a sedět někde v rohu a prostě to ze sebe dostat.“ (Alena)

„...jako prvotní dny byly prostě jenom přežívání. V podstatě jsme tak nějak prostě akorát řešili, že se najíme a pak prostě jsme probrečeli den v posteli.“ (Ivo)

S tématem ventilace emocí pak souvisela také potřeba prostoru ke zpracování těchto emocí. Řada rodičů uváděla, že v prvních dnech potřebovala především čas a klid k tomu, aby se mohla začít s celou zkušeností vyrovnávat, což na jejich straně souviselo jednak s potřebou vyhnout se kontaktu s druhými zmiňovanou v rámci subtématu *Vyhýbání se*, ale také s potřebou vyhnout se jakýmkoliv zatěžujícím povinnostem:

„...všichni čekali, kdy jako napíšem, že miminko je na světě. Takže jsem jako psala, že je konec a že potřebujeme čas, ať nás nechají jako v klidu.“ (Františka)

„Mně vlastně pomáhalo, že jsem nedělala nic, že jsem jenom ležela, že jsem mohla tak nějak jako truchlit po svém vlastně v posteli a nemusela jsem nic řešit.“ (Helena)

Oba dotazovaní otcové v souvislosti s potřebou prostoru ke zpracování ztráty také zpětně pozitivně hodnotili existenci možnosti čerpat v prvních dnech následujících po ztrátě pracovní volno. Zatímco Ivo této možnosti přímo využil, Jan nastoupil téměř ihned do práce a zpětně nevyužití této možnosti litoval:

„Co musím říct, že je skvělé, že vlastně z pohledu zaměstnavatele jsem dostal okamžitě dovolenou (...), protože v podstatě ten první týden jsme proleželi v posteli, kde naší prioritou bylo do sebe dostat nějaké jídlo a v podstatě tak nějak to vstřebat, zpracovávat.“ (Ivo)

„...podruhé bych si ho (pracovní volno) vzal, i kdybych se na to necítil, že ho potřebuju, ale preventivně bych si vzal volno, kdybych to měl řešit zpětně (...). Jsem si říkal, že to může být užitečné, že jsou spolu ten pár a prožívají to spolu.“ (Jan)

Jak již naznačuje promluva Jana, pro některé z rodičů byly první dny následující po ztrátě také spojeny se společným partnerským truchlením:

„...oba jsme to hodně prožívali jako velkou ztrátu, takže to bylo spíš takový hodně bezeslovný. Dost často jsme prostě jenom leželi, nějakým způsobem jsme se buďto drželi za ruku nebo aspoň nějak jako dotýkali a dost často prostě mě jenom objímal, když jsem brečela.“ (Eliška)

„...takže jsme to nějak tak truchlili spolu.“ (Helena)

Potřeba ventilovat emoce, která byla v rámci tohoto subtématu zmiňována, zároveň nemusí být ani v prvních dnech přítomna neustále. Někteří rodiče popisovali, že prvotní vyrovnávání se se ztrátou na jejich straně bylo spojeno s výskytem emocí v určitých vlnách:

„...v podstatě jsem, já nevím kolik dní, opravdu jako prakticky probrečela a nebylo to kontinuální nějaký, že by člověk plakal. Ale prostě já jsem tady něco dělala, já nevím, jestli třeba jsem zametala, a najednou to na mě padlo...“ (Eliška)

„A v podstatě se tam střídaly takové vlny toho, kdy jakoby vzpomínáte, nebo ne vzpomínáte, ale kdy prostě přijdou ty emoce, a pak zase chvíle toho klidu a pak zase to přijde. Takže prostě ve vlnách to přicházelo a odcházelo.“ (Ivo)

Kontrola emocí

Nejen ventilace emocí, ale také jejich kontrola byla součástí emoční regulace rodičů v situaci porodu mrtvého miminka. Pod subtéma *Kontrola emocí* bylo pak v tomto případě zahrnuto také téma farmak ovlivňujících prožívání, s jejichž užíváním se někteří rodiče v průběhu procesu setkali a která také určitým způsobem do procesu regulace emocí vstupovala.

Řada rodičů uváděla, že po odeznění prvotního šoku spojeného s oznámením zprávy cítili potřebu určitým způsobem potlačovat emoce spojené se ztrátou s cílem zvládnout náročný proces porodu či hospitalizaci v nemocnici:

„Takže v nemocnici to ještě tak na mě nějak nepadalo. Tam jsem byla asi v tom režimu, že jako: ‚OK, tak jsem v nemocnici, nějak to tu musím přežít.‘ Já jsem prostě taková, že když se

něco děje, tak se přepnu do nějakého režimu takového technického a emoce odložím až na potom, až někdy na později...“ (Gabriela)

„...prostě vlastně celou dobu v tý porodnici jsem skoro nebrečela. Prostě nějak jsem si to tam v tý hlavě, že ne, že tohle prostě musím a pak už to můžu jako, ale prostě tohle jsem brala jako, že musím. Nechtěla jsem se jako sesypat, že jsem měla pocit, že když prostě ty emoce povolím, tak že to nedám.“ (Cecílie)

Jak již bylo zmíněno v rámci tématu *Potřeba opory*, specifickým případem tohoto potlačování pak bylo na straně dotazovaných mužů potlačování vlastních emocí spojené s potřebou být partnerce oporou:

„...umět se v tom zorientovat trošku a postavit se na nohy a nepropadat do těch depresí (...). Takže to bylo nejtěžší si to nastavit v té mysli, abych prostě – nedá se říct, že bych byl ten silnější v té situaci, i když možná ano – ale prostě bylo to tak, že prostě jsem chtěl tomu nepropadat.“ (Ivo)

První vyrovnávání se se situací ztráty bylo pak také na straně některých rodičů spojeno s potřebou monitorovat vlastní prožívání. Toto monitorování bylo u zmíněných participantů zároveň doprovázeno hodnocením závažnosti duševního stavu a zvažováním vyhledání odborné pomoci:

„...dávat si pozor na nějakou hranici, ať to (smutek) netrvá příliš dlouho, že kdyby to trvalo, tak to budu muset řešit. Takže takovou nějakou sebereflexi jsem tam v tom celém měla.“ (Gabriela)

„...prostě šlo vidět, že to jde tím správným směrem, že prostě se z toho pomaličku vylizáváme (...), myslím, že kdyby to šlo opačným směrem, že bych viděl vlastně tu degradaci toho stavu, tak bych se pokoušel prostě už kontaktovat nějakého toho odborníka...“ (Ivo)

S monitorováním vlastního duševního stavu pak také souvisela potřeba některých rodičů určitým způsobem regulovat výskyt emocí spojených se ztrátou a jejich intenzitu. Ačkoliv, jak bylo zmíněno v rámci subtématu *Nejsme jediní*, řada rodičů již od prvních dnů uplynulých od ztráty vyhledávala určitou formu podpory druhých, kteří prošli podobnou zkušeností, několik z dotazovaných rodičů zároveň příliš intenzivní kontakt s komunitou či obecně tematikou porodu mrtvého miminka vnímalo jako zahlcující a jako formu „utápění se“ v negativních emocích:

„...věřím, že jsou lidi, kterým zase naopak pomáhá vlastně jako práce s tím smutkem a s tou ztrátou. My jsme měli pocit, že je to pro nás jako trošku ztracený čas (osobní účast v podpůrné rodičovské skupině), protože se nám v tom smutku nechtělo jako úplně zabředávat.“ (Eliška)

„...nějaký jako fóra, takový ty Modrý koníky nebo prostě tohle, to jsem určitě jako projela (...), ale mně už to přišlo takový, jakože se zase do toho jako hrozně ponořím, jo?“ (Cecílie)

Pro některé rodiče s tématem kontroly emocí byla spojena také potřeba se emocím spjatým se ztrátou dlouhodobě vyhýbat:

„Neměl jsem momenty, že bych kvůli tomu dlouho plakal, možná chvíli plakal, ale nebyly to nějak dlouhé hodiny. Jsem to vytěšňoval.“ (Jan)

„Tenkrát mi to přišlo jako nejlepší řešení, prostě žít dál a nemyslet na ni, samozřejmě jako smutný to bylo, ale jako prostě jet dál.“ (Blanka)

Specifickou roli v oblasti kontroly emocí pak, jak již bylo zmíněno, hrála také farmaka určitým způsobem ovlivňující prožívání, jejichž účinek u některých rodičů vstupoval i do samotného procesu porodu. Řada žen popisovala, že v průběhu porodu pociťovala, že je jejich prožívání utlumené či dokonce nějakým způsobem změněné. Několik z nich také zpětně tento efekt hodnotilo negativně:

„Já myslím, že jsem byla fakt hrozně oblblá těma lékama. Ale zároveň to je jako taky to, že já fakt jako zpětně nevnímám, že bych byla hysterická nebo něco, jo? (...) Ale zjevně oni to tak jako vnímali, takže měli potřebu mě totálně sjet.“ (Františka)

„...jakmile mi píchli ten oxytocin, tak já jsem prostě nedokázala pochopit, že třeba ten můj muž vedle mě sedí a brečí, protože mi to prostě přišlo v tu chvíli jako nepatřičný. Tak jsem jako nebyla nějak v kontaktu s těma svejma emocema, že jinak by tam prostě běžaly nějaký jako jiný hormony...“ (Dagmar)

Několik dotazovaných žen pak po proběhnutí porodu zároveň cítilo potřebu alespoň krátkodobě využít účinku tlumivých psychofarmak ve snaze ulevit si od bolestivých emocí:

„...takže jsem si s takovou úlevou jako lupla Neurool, aby mi jako bylo líp, aby to prostě utlumilo ten šok.“ (Eliška)

„Tam už to bylo takové, už jsem byla taková klidnější. To jsem si nechala dát i nějaké léky na uklidnění.“ (Helena)

Aktivní vyrovnávání se

Většina dotazovaných rodičů cítila již od prvních dnů následujících po ztrátě potřebu určitým způsobem aktivně ovlivňovat proces vyrovnávání se se ztrátou dítěte i celou situaci. Tato potřeba na jejich straně byla naplňována především vlastní prací s myšlenkami či tělem. Specifické téma v rámci aktivního vyrovnávání se se ztrátou pak tvořilo také rodičovské usilování o zjištění příčiny smrti dítěte.

Řada rodičů v rámci vyrovnávání se se ztrátou miminka nalézala již od prvních dnů úlevu v záměrném odvádění pozornosti od bolestivých myšlenek, které se ke ztrátě vztahovaly:

„...co mi hodně pomáhalo, na co jsem se zase jako zaměřila, tak že jsem neměla práci, takže jsem si začala hledat práci. Takže jsem jako tímhle směrem upřela všechnu svoji pozornost.“ (Cecílie)

„Snažila jsem se zaměstnávat, tenkrát jsem začala vyšít v tom období. A manžel přinesl asi po měsíci malýho pejska z útulku, že jsme si jako pořídili.“ (Blanka)

Potřebu odvést pozornost od prožívané reality pak například pro Dagmar zprostředkovávalo také zaměření se na dodržování určitého denního řádu:

„...že teď jako musím vstát a jít si vyčistit zuby, teď musím jít udělat tohle, teď musím jít prostě do lednice připravit si jídlo (...), kdybych jako měla existovat v tom bytě, kde jsem měla existovat s tím dítětem, který tam teď ale není, tak by to pro mě bylo asi strašně jako zahlcující. Takže já jsem si to prostě rozdělovala takhle na ty jako jednotlivé kroky.“

Vyrovňování se se ztrátou bylo pak u některých žen doprovázeno také snahou regulovat vlastní emoce skrze práci s tělem či dokonce kognitivní restrukturalizaci:

„...že jsem se snažila třeba hodně sportovat. Akorát po tom porodu to nebylo tak, jak jsem byla vždycky zvyklá (...), jak to tělo bylo ještě oslabené po tom porodu (...), nedokázala jsem tak nějak tím sportem vybit ty emoce...“ (Helena)

„A hrozně moc jsem přemýšlela, vyskládávala jsem si tak nějak, že nejsem jediná, komu se to stalo, že svět tím nekončí. Asi takové nějaké, ne motivační, ale takové realistické, že to není konec světa...“ (Gabriela)

Pro některé participanty představovala faktor napomáhající vyrovnávání se se ztrátou také orientace na pozitivní budoucnost, specificky pak fixace na budoucí těhotenství a rodičovství:

„...prostě jsem se soustředila na to, že jakmile to půjde, tak prostě budem mít miminko další.“ (Blanka)

„...že jsem měla hodně myšlenky, že chci být znova těhotná, protože mi chybělo to břicho (...), na to jsem jako hodně myslela.“ (Cecilie)

Specifické téma v rámci aktivního vyrovnávání se se ztrátou tvořilo také usilování rodičů o nalezení příčiny smrti dítěte. Nenalezení vysvětlení pak pro některé rodiče představovalo faktor, který z jejich pohledu negativně ovlivňoval nejen proces vyrovnávání se se ztrátou dítěte, ale také prožívání dalšího těhotenství:

„...v té době vim, že to pro mě jako důležité bylo nebo jako je, protože nevíte, jako stane se to znova? Nestane se to? Jako proč se to stalo, že jo?“ (Cecilie)

„...nás trošku mrzelo, že pitva byla nejednoznačná a v podstatě jsme se vůbec nedozvěděli, proč se tomu tak stalo, jaký byl důvod. Tady tohle pořád nemáme uzavřené a už to asi nikdy nezjistíme (...). A to nás trošku mrzí, že prostě i v dalším těhotenství jsme měli obavy...“ (Ivo)

Pro Dagmar pak zjištění příčiny úmrtí představovalo úlevný moment spojený s validizací jejich předchozích obav a tělesných příznaků, které lékaři zpočátku zlehčovali a které, jak se ukázalo, skutečně souvisely se smrtí dítěte:

„Pro mě možná asi bylo ve výsledku úplně paradoxně jako podpůrný to, že jsem se konečně dozvěděla tu diagnózu (...), že jsem nebyla jako nějaký magor nebo simulant, ale že jako opravdu to, co jsem cejtla, tak bylo jako správný.“

7. Diskuze

7.1 Shrnutí výzkumných zjištění a jejich reflexe ve vztahu k další literatuře

Cílem tohoto výzkumu bylo odpovědět na výzkumnou otázku: Jak matky a otcové prožívají situaci porodu mrtvého dítěte? Ve vztahu k této otázce pak bylo v datech identifikováno pět hlavních témat popisujících zkušenost rodičů v této situaci: *Konfrontace s realitou smrti dítěte*, *Zbytečné utrpení*, *Potřeba opory*, *Izolace* a *Prožít nebo popřít*. Tato témata byla dále rozčleněna do dvou až čtyř významových subtémat specifikujících jejich jednotlivé aspekty. Je důležité zmínit, že řada prožitků, zkušeností a potřeb se objevovala v situaci porodu mrtvého dítěte v podobné formě jak na straně matek, tak na straně otců dítěte. Prožitky, které se týkaly pouze dotazovaných matek, byly spojené s jejich tělesnou zkušeností v situaci samotného porodu a souvisely například se samotnými porodními bolestmi. Specifickým aspektem této zkušenosti na straně mužů se pak ukázala být intenzivně zmiňovaná potřeba stát se oporou pro vlastní partnerku. Ta byla spojena také s potřebou být partnerce fyzicky nablízku, s potřebou upřednostňovat potřeby partnerky před těmi vlastními a také s nutností překonávat vlastní emoce plynoucí ze ztráty a celé situace.

Řada rodičů v rámci tohoto výzkumu popisovala, že oznámení zprávy o úmrtí dítěte, ale často i další fáze procesu porodu mrtvého dítěte, na jejich straně provázelo určité popírání prožívané skutečnosti, které bylo reprezentováno například vnímáním neuvěřitelnosti celé situace či zastáváním přesvědčení, že sdělovaná zpráva musí být důsledkem chybného stanovení diagnózy. Velmi podobné prožitky v prvotní fázi zkušenosti pak sdělují rodiče i v dalších výzkumech (Martínez-Serrano et al., 2019; Nuzum et al., 2018). Ačkoliv se tyto prožitky mohou zdát velmi specificky vztažené ke zkušenosti rodičů v situaci porodu mrtvého dítěte, je důležité uvést, že určité popírání prožívané skutečnosti je společné řadě jedinců, kteří procházejí ztrátou blízké osoby, a představuje často prvotní projevy samotného procesu truchlení (Kubíčková, 2001; Worden, 2018). V souladu se zjištěními dalších výzkumů je také skutečnost, že naprostá většina dotazovaných rodičů si zpětně cenní realizovaného kontaktu s dítětem (Gravensteen et al., 2013; Kelley & Trinidad, 2012; Ratislavová et al., 2014) a uchování upomínek na něj (Kelley & Trinidad, 2012; Trulsson & Rådestad, 2004; Üstündağ-Budak et al., 2015). Tento výzkum však navíc zmapoval poměrně podrobně také dynamiku, která se na straně rodičů v souvislosti s rozhodováním se o těchto krocích objevuje, a zdůraznil proměnlivost vnímání řady těchto rozhodnutí v čase samotnými rodiči.

Podobně jako v ostatních výzkumech (Downe et al., 2013; Glaser Chodik & Baum, 2023; Kelley & Trinidad, 2012) i v rámci této studie rodiče oceňovali, pokud ošetřující personál ve vztahu k nim projevoval v dané situaci pochopení a soucit a také jim předával dostatečné množství srozumitelných informací. Negativně pak dotazovaní rodiče, opět v souladu s dalšími

výzkumy (Cacciatore et al., 2013; Glaser Chodik & Baum, 2023; Nordlund et al., 2012), hodnotili přístup ošetřujícího personálu, který devalvoval jejich zármutek a ztrátu. V rámci tohoto výzkumu pak řada rodičů také zmiňovala, že pro ně bylo důležité cítit ze strany personálu jeho zkušenost a připravenost v oblasti problematiky porodu mrtvého dítěte, která se následně projevovala profesionální jistotou v přístupu k zasaženým rodičům. V tomto ohledu se pak zdá být zvláště problematické zjištění Polákové a kol. (2023), kteří v rámci jejich analýzy upozornili na skutečnost, že na řadě pracovišť v České republice stále chybí jakékoliv metodické pokyny či standardizované postupy týkající se toho, jak k rodičům v situaci porodu mrtvého dítěte či obecněji perinatální ztráty přistupovat.

Tento výzkum také přichází s poměrně specifickými závěry ve vztahu k tématu vyhledávání podpory druhých, kteří prošli podobnou ztrátou. Zatímco v řadě zahraničních výzkumů rodiče uváděli, že v situaci vyrovnávání se se ztrátou cítili potřebu vyhledat pomoc podpůrných rodičovských skupin (Cacciatore, 2010; Kelley & Trinidad, 2012; McCreight, 2004), v rámci tohoto výzkumu se ukázalo, že rodiče často namísto osobního navštěvování skupin především zpočátku upřednostňují čerpání této jakési komunitní formy podpory v soukromí, a to skrze vyhledávání příběhů těchto rodičů na internetu a jejich čtení. Toto dílčí zjištění pak dává smysl v kontextu dotazovanými rodiči zmiňované velmi výrazné potřeby izolace od okolí, a to především v prvních momentech a dnech následujících po ztrátě dítěte.

Zajímavým zjištěním tohoto výzkumu také je, že řada rodičů cítila potřebu své emoce související se situací a ztrátou v určitých chvílích skrývat před druhými. Zatímco na straně dotazovaných mužů se, podobně jako v dalších výzkumech (Glaser Chodik & Baum, 2023; Martínez-Serrano et al., 2019; Samuelsson et al., 2001), jakési potlačování vlastních emocí objevovalo především jako součást potřeby být partnerce v dané situaci oporou. Velká část žen v rámci tohoto výzkumu uváděla, že své emoce cítila potřebu před okolím potlačovat ve snaze je svým vlastním utrpením nezranit. Tento fenomén se pak může jevit jako poměrně specifický ve vztahu k českým ženám, neboť ho zahraniční výzkumy nezmiňují, ale zmiňuje ho například Ratislavová (2016).

Řada rodičů v rámci tohoto i dalších výzkumů (Kelley & Trinidad, 2012; Lee, 2012; Worth, 1997) uváděla, že snahu ošetřujícího personálu tlumit jejich zármutek tvrzeními, že daní rodiče budou v budoucnu moci mít další děti, vnímali jako zraňující, případně dokonce devalvující jejich zármutek. Je však zajímavé zmínit, že pro řadu českých rodičů byla zároveň jejich vlastní fixace na budoucí těhotenství a rodičovství významnou adaptační strategií, která jim pomáhala se s celou situací, dle jejich slov, vyrovnávat. Hughes a kol. (1999) však zjistili, že ženy, které prošly porodem mrtvého dítěte a znovu otěhotněly do jednoho roku uplynulého od ztráty, vykazovaly významně vyšší míru úzkosti a deprese jednak v porovnání s kontrolní

skupinou žen, které touto zkušeností neprošly a znovu otěhotněly, ale také v porovnání se ženami, které po porodu mrtvého dítěte otěhotněly déle než po jednom roce uplynulém od ztráty. Je důležité také podotknout, že i RCOG (2010) v rámci svých doporučení uvádí, že ošetřující personál by měl s rodiči po porodu mrtvého dítěte prodiskutovat možné benefity odložení dalšího početí do doby, než odezní vážné psychologické obtíže na straně rodičů.

7.2 Limity výzkumu

I tento realizovaný kvalitativní výzkum se potýká s řadou limitů. Jeden z nich se vztahuje také k samotné povaze výzkumného vzorku. Ačkoliv o účast ve výzkumu projevilo zájem dostatečné množství matek, populace otců je v rámci výzkumu zastoupena pouze dvěma účastníky. Je tedy pravděpodobné, že jejich zkušenost nebyla postihnuta v rámci analýzy v celé její rozmanitosti a šíři, a nebylo v tomto ohledu dosaženo teoretické reprezentativity. Za limit samotného výzkumného vzorku je také možné považovat jeho částečnou různorodost ve vztahu k časovému odstupu od ztráty u jednotlivých rodičů, a zejména pak skutečnost, že u jedné z matek od ztráty uplynulo více než 23 let. Delší doba uplynulá od ztráty pak pochopitelně může obecně zvyšovat riziko zkreslení vzpomínek pod vlivem času (Campbell-Jackson & Horsch, 2014). Säflund a kol. (2004) však zároveň uvádějí, že větší časový odstup od ztráty na straně rodičů, kteří prošli porodem mrtvého dítěte, může představovat v rámci výzkumu i určitý benefit, neboť tyto rodiče mohou být schopni zkušenost popisovat již s určitým emočním odstupem. Nuzum a kol. (2018) také v rámci jejich výzkumu podotýkají, že řada rodičů si navíc často klíčové momenty spojené se situací porodu mrtvého dítěte vybavuje ve značných detailech.

Je důležité zmínit, že nábor respondentů skrze podpůrné rodičovské skupiny může ústít v získání poměrně specifického vzorku respondentů. Cacciatore (2007) například v rámci její studie uvádí, že matky, které po porodu mrtvého dítěte vyhledaly takovou formu podpory, vykazovaly nižší míru posttraumatických stresových symptomů v porovnání se ženami, které po porodu mrtvého dítěte tuto formu podpory nevyhledaly. Realizovaný nábor účastníků skrze v tomto ohledu nespécificky zacílené sociální síť Národního ústavu duševního zdraví a přidruženého projektu Perinatal.cz se tedy zdá být spíše metodickým kladem. I tak však může být získaný výzkumný vzorek zatížen v mnoha ohledech výběrovým zkreslením, neboť se například výzkumu nemuseli chtít zúčastnit rodiče, kteří v procesu vyrovnávání se se ztrátou dítěte prožívají významné komplikace a vnímají, že by pro ně účast mohla být určitým způsobem retraumatizující. Jak uvádí Martínez-Serrano a kol. (2019), složení výzkumného vzorku může být také ovlivněno skutečností, že se výzkumu zúčastňují spíše jedinci, kteří dokáží nad svou zkušeností reflektovat a chtějí o ní hovořit. I v rámci tohoto výzkumu řada žen uváděla, že se jejich partner výzkumné studie nezúčastnil, neboť se o svou zkušenost z různých důvodů podělit nechtěl.

V rámci sběru dat se určitým limitem jevílo také nedodržení stanoveného časového rozsahu výzkumných rozhovorů. Zatímco plánované trvání výzkumných rozhovorů činilo zhruba 45 minut, některé rozhovory byly vedeny až více než dvojnásobně dlouhou dobu. Tak aby mohl být dodržen alespoň přibližně časový rozsah a participanti nebyli v tomto ohledu až přespříliš zatěžováni, by tedy bylo vhodnější se zaměřit specifičtěji pouze například na určitou fázi zkušenosti situace porodu mrtvého dítěte a prozkoumat prožívání rodičů v rámci ní. S určitými limity se pak potýkala také samotná analýza získaných dat. Ačkoliv deduktivní přístup TA, který byl aplikován v případě tohoto výzkumu, umožňuje v návaznosti na studium literatury zodpovídat předem položené výzkumné otázky, může tento přístup v rámci samotné analýzy vést také k opominutí některých důležitých aspektů zkušenosti participantů, které by se jinak v případě induktivního přístupu mohly výzkumníkovi více bezprostředně zjevovat v samotných datech (Braun & Clarke, 2006).

S cílem postihnout zkušenost participantů v dostatečně širí pak byla stanovena nejen poměrně obecná výzkumná otázka, ale byl participantům také v úvodu každého okruhu rozhovoru položen dotaz, který je měl za cíl vybídnout ke svévolnému popsání důležitých aspektů zkušenosti dané fáze z jejich pohledu. V závěru pak byl každý participant znovu požádán, aby případně doplnil celý rozhovor o části zkušenosti, které se mu jeví jako významné a které mohly být do té doby opomíjené, a to otázkou: *Je ještě něco, co Vám připadá ohledně celé situace a zkušenosti důležité a co byste se mnou, odbornou veřejností či dalšími rodiči chtěl/a sdílet?* Ve vztahu k analýze dat je pak možné za limit tohoto výzkumu také považovat skutečnost, že autorka vytvářela kódy a identifikovala témata v datech sama. Zahrnutí více analyzátorů by pak mohlo poskytnout příležitost diskutovat závěry subjektivního procesu zpracování dat (Terry et al., 2017).

7.3 Přínosy výzkumu a doporučení pro další výzkum

Tato výzkumná studie přispívá k rozšíření poznání v oblasti prožívání matek a otců v různých fázích situace porodu mrtvého dítěte v českém kontextu. Ačkoliv vzhledem k nedostatečnému množství mužských participantů nebylo možné zkušenost otců v rámci analýzy dat obsáhnout v celé její šíři, představuje tato práce, dle informací autorky, vůbec první psychologickou, ač svým způsobem pilotní studii, která jejich prožitkům v českém prostředí věnuje výzkumnou pozornost. Tento výzkum tedy reaguje také na řadou autorů zmiňovaný zásadní nedostatek studií zabývajících se prožitky otců v situaci porodu mrtvého dítěte (Glaser Chodik & Baum, 2023; Jones et al., 2019; Sarkar et al., 2021). Vzhledem k poměrně dynamicky se proměňujícímu přístupu k rodičům v situaci porodu mrtvého dítěte v rámci české nemocniční péče, jehož součástí je i rozšíření možností rituálů rozloučení se s dítětem (Poláková et al., 2023), přináší tato práce také vzhled do vnímání těchto systémových proměn samotnými rodiči. V souladu se zjištěními studie autorů Butler a kol. (2018), kteří sledovali

zkušenosti pozůstalých rodičů s výzkumem týkajícím se ztráty dítěte, i v rámci této studie řada rodičů po proběhnutí rozhovoru uváděla, že pro ně účast ve výzkumu představovala také vítanou možnost hovořit o vlastní zkušenosti a možnost ji sdílet. I tuto skutečnost je tedy možné vnímat jako jeden z dodatečných přínosů práce.

Na základě výsledků tohoto výzkumu bylo odvozeno také několik praktických doporučení adresovaných ošetřujícímu personálu pracujícímu s rodiči v situaci porodu mrtvého dítěte. V první řadě je důležité, aby ošetřující personál respektoval, že rodiče procházející touto situací se často nacházejí ve stavu extrémního emočního vypětí plynoucího z často naprosto nečekané a nesrozumitelné situace. Je tedy důležité, aby personál komunikoval patřičně citlivě, poskytoval dostatečné množství srozumitelných informací a opakovaně se ujišťoval, že rodiče předávanému obsahu dobře porozuměli. Specificky se toto týká pak situace dotazování, zda rodiče chtějí či nechtějí spatřit jejich mrtvě narozené dítě – několik žen v rámci výzkumu totiž uvádělo, že jednou z příčin, proč neviděly jejich mrtvě narozeného potomka a dnes toho litují, je skutečnost, že se jich ošetřující personál na jejich přání zeptal pouze jednou či že se nezeptal vůbec.

Další doporučení se pak týká poskytování podpůrné psychologické péče v průběhu hospitalizace. Několik rodičů v rámci výzkumu popisovalo, že nevyžádaná podpora a přítomnost nemocničního psychologa v situaci samotného porodu či loučení se s dítětem pro ně byla zatěžující a narušovala průběh jejich spontánního vyrovnávání se s danou zkušeností a ztrátou. Bylo by tak pravděpodobně žádoucí, aby odborná psychologická podpora v těchto úvodních fázích zkušenosti byla rodičům předávána pouze v podobě nabídky a nebyla jim bez konkrétnější indikace poskytována automaticky. Všechna tato doporučení je však potřeba brát v úvahu s určitou rezervou, neboť vyvstávají z analýzy prováděné na poměrně malém vzorku zasažených rodičů.

V rámci doporučení pro budoucí výzkum je potřeba znovu apelovat na rozšíření počtu výzkumných studií zabývajících se zkušeností otců v situaci porodu mrtvého dítěte. Tyto další studie by se měly zaměřit na získání většího počtu mužských participantů a kvalitativně uchopit jejich zkušenost buď samostatně, případně pak přímo v rámci celých partnerských párů, které touto zkušeností prošly společně. Analýzu dat by ve vztahu k výzkumné otázce pak v takovém případě u mužů a žen bylo žádoucí realizovat odděleně. Díky zahrnutí partnerských párů by mohly být citlivěji zachyceny i drobné odlišnosti, které se v prožitcích českých mužů a žen objevují v situaci porodu mrtvého dítěte spíše na základě rozdílnosti jejich sociální role a pohlaví než povahy samotné zkušenosti, která může být i v rámci této úzké populace rodičů poměrně různorodá ve vztahu ke konkrétnímu průběhu procesu porodu mrtvého dítěte a poskytované péči.

Jednu z oblastí budoucího výzkumu by také měly tvořit kvalitativní studie prozkoumávající dopady situace porodu mrtvého dítěte na partnerský vztah rodičů, neboť jak uvádí jedna z mála studií, které se této oblasti věnují, Cacciatore, DeFrain a kol. (2008), zkušenost s porodem mrtvého dítěte a následnou ztrátou může partnerský vztah ovlivnit na mnoha úrovních. Žádoucí by však bylo v takovém případě kromě stávajících partnerských párů zařadit do výzkumu také participanty, jejichž vztah po ztrátě dítěte zanikl, díky čemuž by byl eliminován alespoň jeden ze zdrojů případného výběrového zkreslení.

Ve vztahu k možnostem rozloučení se s dítětem a uchování upomínek na něj v rámci systému nemocniční péče by pak bylo žádoucí usilovat o získání dostatečně reprezentativního vzorku českých rodičů, kteří prošli zkušeností porodu mrtvého dítěte, a zaměřit se na jejich využívání těchto možností a také na jejich zkušenost s nimi. Poslední studií většího rozsahu, která se snažila zmapovat tuto problematiku v rámci populace českých žen, je studie Ratislavové a kol. (2012). Autoři na vzorku 83 dotčených matek zjistili, že pouze 22 % z nich jejich mrtvě narozené dítě vidělo a pouze necelých 18 % si na dítě uchovalo upomínku. Majoritním důvodem, proč ženy dítě neviděly či si na něj neuchovaly upomínku, bylo nenabídnutí těchto možností ošetřujícím personálem.

Jak již bylo zmíněno, tyto praktiky se však i v České republice proměňují (Poláková et al., 2023), a bylo by tedy žádoucí získat v tomto ohledu aktuálnější data, a to také ve vztahu k mužské populaci, neboť u ní tato data v České republice naprosto chybí. Takovouto populační studii by pak bylo vhodné doplnit i o rozsáhlejší kvalitativní analýzu zkušeností matek a otců s aktuálně poskytovanou péčí, jakou prováděli opět v rámci populace žen například Ratislavová a kol. v roce 2016. Ve vztahu k hodnocení poskytované péče v České republice by pak bylo přínosné také v rámci kvalitativního výzkumného designu porovnávat zkušenosti českých rodičů, kteří porod mrtvého dítěte absolvovali v rodné zemi, s těmi, kteří ho absolvovali v zahraničí. Takovýto výzkum by pak mohl pomoci ještě detailněji prozkoumat, jak se poskytovaná péče propisuje do zkušenosti rodičů v situaci porodu mrtvého dítěte.

Závěr

Tato diplomová práce si kladla za cíl porozumět prožívání matek a otců v situaci porodu mrtvého dítěte. Z teoretické části práce vyplývá, že situace porodu mrtvého dítěte je náročnou životní zkušeností spojenou s řadou specifických prožitků, z nichž množství z nich je společné jak matkám, tak otcům dítěte. Tyto specifické prožitky se pak často objevují nejen jako důsledek samotné situace a ztráty, ale také v návaznosti na kontakt s ošetřujícím personálem či sociálním okolím. Empirická část práce představila realizovaný kvalitativní výzkum, v rámci kterého byly metodou tematické analýzy zpracovány polostrukturované rozhovory s osmi matkami a dvěma otci, kteří prošli zkušeností porodu mrtvého dítěte. V rámci analýzy bylo v těchto datech identifikováno pět témat vztahujících se ke zkušenosti matek a otců v této situaci, a to: Konfrontace s realitou smrti dítěte, Zbytečné utrpení, Potřeba opory, Izolace a Prožit nebo popřít. Tato témata byla následně rozčleněna do dvou až čtyř subtémat.

Řada dotazovaných rodičů se od prvních momentů potýkala s odmítáním reality, že dítě skutečně zemřelo, s překvapivým kontaktem s mrtvě narozeným potomkem či s bolestivou konfrontací s vytvořenými upomínkami na dítě. V situaci porodu mrtvého dítěte se také rodiče potýkali s nejistotou při rozhodování o uskutečnění kroků týkajících se například rozloučení se s dítětem či průběhu samotného porodu. Mnoho z nich zároveň zpětně tato rozhodnutí vnímala jako klíčová pro další vyrovnávání se se ztrátou. Zvláště v situaci porodu řada rodičů pocívala potřebu se fixovat na ukončení celé situace a utrpení, které bylo nahlíženo jako zbytečné ve chvíli, kdy nepovede k radostnému okamžiku zrození nového života. Na straně matek se pak objevovala také řada prožitků vztahujících se k jejich tělesné zkušenosti v samotné situaci porodu.

Významným tématem pro rodiče byla také potřeba opory, kterou vyhledávali jednak v ošetřujícím personálu, ale také v blízkém okolí či dalších rodičích, kteří prošli podobnou zkušeností, a to především skrze čtení jejich příběhů se ztrátou spojených. Tyto příběhy pak rodičům poskytovaly ujištění, že nejsou jediní na světě, kteří podobnou zkušeností procházejí, a také ujištění, že je možné tuto zkušenost překonat. Řada rodičů cítila potřebu se v rámci prvotního vyrovnávání se se situací izolovat od často i nejbližšího okolí, a to i proto, že pro ně byl kontakt s ním, z jejich pohledu, spojen s řadou zraňujících podnětů. Obecně se dá říci, že se všichni rodiče určitým způsobem potýkali s otázkou, zda a v jaké míře emoce spojené se ztrátou ventilovat a do jaké je naopak kontrolovat či potlačovat. Téma pro rodiče představovalo také aktivní vyrovnávání se s emocemi plynoucími z dané situace.

Tento výzkum přispěl k porozumění zkušenosti matek a otců v situaci porodu mrtvého dítěte v českém prostředí. Umožnil také reflektovat to, jak rodiče vnímají řadu změn, které se odehrávají v kontextu české perinatální paliativní péče a obecně přístupu ošetřujícího personálu

k rodičům v této specifické situaci. Z tohoto výzkumu vzešlo také několik praktických doporučení adresovaných právě ošetřujícímu personálu, který tyto poznatky může uplatnit v přístupu k rodičům procházejícím touto zkušeností.

Seznam použité literatury

- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020). Obstetric care consensus #10: Management of stillbirth. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 222(3), b2–b20. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.01.017>
- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association* (7th ed.). <https://doi.org/10.1037/0000165-000>
- Australian Institute of Health and Welfare. (2023, 23. listopadu). *Australia's mothers and babies: Stillbirths and neonatal deaths*. <https://www.aihw.gov.au/reports/mothers-babies/stillbirths-and-neonatal-deaths>
- Badenhorst, W., & Hughes, P. (2007). Psychological aspects of perinatal loss. *Best Practice & Research: Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 21(2), 249–259. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2006.11.004>
- Badenhorst, W., Riches, S., Turton, P., & Hughes, P. (2006). The psychological effects of stillbirth and neonatal death on fathers: Systematic review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 27(4), 245–256. <https://doi.org/10.1080/01674820600870327>
- Barrera, M., O'Connor, K., D'Agostino, N. M., Spencer, L., Nicholas, D., Jovcevska, V., Tallet, S., & Schneiderman, G. (2009). Early parental adjustment and bereavement after childhood cancer death. *Death studies*, 33(6), 497–520. <https://doi.org/10.1080/07481180902961153>
- Bennett, S. M., Litz, B. T., Lee, B. S., & Maguen, S. (2005). The scope and impact of perinatal loss: Current status and future directions. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(2), 180–187. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.36.2.180>
- Bonnette, S., & Broom, A. (2012). On grief, fathering and the male role in men's accounts of stillbirth. *Journal of Sociology*, 48(3), 248–265. <https://doi.org/10.1177/1440783311413485>
- Borůvková, K., Hoskovicová, S., & Hrušková, Z. (2015). Psychosociální intervence v případě úmrtí dítěte (perinatální ztráta, potrat). In L. Takács, D. Sobotková & L. Šulová (Eds.), *Psychologie v perinatální péči* (pp. 141–152). Grada Publishing.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V., & Clarke, V. (2022). *Thematic analysis: A practical guide*. SAGE Publications Ltd.
- Brinkmann, S., & Kvale, S. (2018). *Doing Interviews* (2nd ed.). SAGE Publications Ltd.
- Burden, C., Bradley, S., Storey, C., Ellis, A., Heazell, A. E. P., Downe, S., Cacciatore, J., & Siassakos, D. (2016). From grief, guilt pain and stigma to hope and pride – a systematic review and meta-analysis of mixed-method research of the psychosocial impact of stillbirth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16, Article 9. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0800-8>
- Butler, A. E., Hall, H., & Copnell, B. (2018). Bereaved parents' experiences of research participation. *BMC Palliative Care*, 17, Article 122. <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0375-4>

- Cacciatore, J. (2007). Effects of support groups on post traumatic stress responses in women experiencing stillbirth. *Omega*, 55(1), 71–90. <https://doi.org/10.2190/M447-1X11-6566-8042>
- Cacciatore, J. (2010). The unique experiences of women and their families after the death of a baby. *Social Work in Health Care*, 49(2), 134–148. <https://doi.org/10.1080/00981380903158078>
- Cacciatore, J., DeFrain, J., Jones, K. L. C., & Jones, H. (2008). Stillbirth and the couple: A gender-based exploration. *Journal of Family Social Work*, 11(4), 351–372. <https://doi.org/10.1080/10522150802451667>
- Cacciatore, J., Erlandsson, K., & Rådestad, I. (2013). Fatherhood and suffering: A qualitative exploration of Swedish men's experiences of care after the death of a baby. *International Journal of Nursing Studies*, 50(5), 664–670. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.10.014>
- Cacciatore, J., Rådestad, I., & Frøen, J. F. (2008). Effects of contact with stillborn babies on maternal anxiety and depression. *Birth*, 35(4), 313–320. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2008.00258.x>
- Campbell-Jackson, L., & Horsch, A. (2014). The psychological impact of stillbirth on women: A systematic review. *Illness, Crisis & Loss*, 22(3), 237–256. <https://doi.org/10.2190/IL.22.3.d>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2022, 29. září). *What is stillbirth?* <https://www.cdc.gov/ncbddd/stillbirth/facts.html>
- Česká gynekologická a porodnická společnost, & Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně. (2019). *Porod mrtvého plodu*. <https://cgps.cz/doporucene-postupy/perinatologie-a-fetomaternalni-medicina/porod-mrtveho-plodu/?layout=default>
- Český statistický úřad. (2023). *Statistická ročenka České republiky*. <https://www.czso.cz/csu/czso/statisticka-rocenka-ceske-republiky-2023>
- Della Vedova, A. M., Cristini, C., & Bizzi, F. (2019). Prenatal attachment, distress symptoms and psychosocial variables in a sample of Italian first-time parents. *Life Span and Disability*, 22(2), 255–285.
- Dítě v srdci. (n.d). *Memoryboxy*. <https://ditevsrdci.cz/cz/memoryboxy>
- Doka, K. J. (2002). Introduction. In K. J. Doka (Ed.), *Disenfranchised grief: New directions, challenges, and strategies for practice* (pp. 5–22). Research Press.
- Downe, S., Schmidt, E., Kingdon, C., & Heazell, A. E. P. (2013). Bereaved parents' experience of stillbirth in UK hospitals: A qualitative interview study. *BMJ Open*, 3(2), Article e002237. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-002237>
- Draper, E. S., Gallimore, I. D., Smith, L. K., Matthews, R. J., Fenton, A. C., Kurinczuk, J. J., Smith, P. W., Manktelow, B. N. (2023). *MBRRACE-UK Perinatal mortality surveillance, UK perinatal deaths for births from January to December 2021: State of the nation report*. University of Leicester. <https://timms.le.ac.uk/mbrpace-uk-perinatal-mortality/surveillance/>
- Erlandsson, K., Warland, J., Cacciatore, J., & Rådestad, I. (2013). Seeing and holding a stillborn baby: Mothers' feelings in relation to how their babies were presented to them after birth – findings from an online questionnaire. *Midwifery*, 29(3), 246–250. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.01.007>

- Field, N. P., & Filanosky, C. (2009). Continuing bonds, risk factors for complicated grief, and adjustment to bereavement. *Death Studies*, 34(1), 1–29. <https://doi.org/10.1080/07481180903372269>
- Field, N. P., Gao, B., & Paderna, L. (2005). Continuing bonds in bereavement: An attachment theory based perspective. *Death Studies*, 29(4), 277–299. <https://doi.org/10.1080/07481180590923689>
- Fijałkowska, D., & Bielawska-Batorowicz, E. (2019). A longitudinal study of parental attachment: Pre- and postnatal study with couples. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 38(5), 509–522. <https://doi.org/10.1080/02646838.2019.1665172>
- Flenady, V., Koopmans, L., Middleton, P., Frøen, J. F., Smith, G. C., Gibbons, K., Coory, M., Gordon, A., Ellwood, D., McIntyre, H. D., Fretts, R., & Ezzati, M. (2011). Major risk factors for stillbirth in high-income countries: A systematic review and meta-analysis. *Lancet*, 377(9774), 1331–1340. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)62233-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)62233-7)
- Gardosi, J., Madurasinghe, V., Williams, M., Malik, A., & Francis, A. (2013). Maternal and fetal risk factors for stillbirth: Population based study. *BMJ*, 346, Article f108. <https://doi.org/10.1136/bmj.f108>
- Glaser Chodik, N., & Baum, N. (2023). The experience of men following stillbirth: The case of Israeli bereaved fathers. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/02646838.2023.2237541>
- Gravensteen, I. K., Helgadóttir, L. B., Jacobsen, E. M., Rådestad, I., Sandset, P. M., & Ekeberg, Ø. (2013). Women's experiences in relation to stillbirth and risk factors for long-term post-traumatic stress symptoms: A retrospective study. *BMJ Open*, 3(10), Article e003323. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-003323>
- Gregory, E. C. W., Valenzuela, C. P., & Hoyert, D. L. (2022). Fetal Mortality: United States, 2020. *National Vital Statistics Report*, 71(4), 1–19. <https://dx.doi.org/10.15620/cdc:118420>
- Hájek, Z. (2004). Syndrom mrtvého plodu. In Z. Hájek (Ed.), *Rizikové a patologické těhotenství* (pp. 373–377). Grada Publishing.
- Heazell, A. E. P., Siassakos, D., Blencowe, H., Burden, C., Bhutta, Z. A., Cacciatore, J., Dang, N., Das, J., Flenady, V., Gold, K. J., Mensah, O. K., Millum, J., Nuzum, D., O'Donoghue, K., Redshaw, M., Rizvi, A., Roberts, T., Toyin Saraki, H. E., Storey, C., ... Downe, S. (2016). Stillbirths: Economic and psychosocial consequences. *Lancet*, 387(10018), 604–616. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00836-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00836-3)
- Hennegan, J. M., Henderson, J., & Redshaw, M. (2018). Is partners' mental health and well-being affected by holding the baby after stillbirth? Mothers' accounts from a national survey. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 36(2), 120–131. <https://doi.org/10.1080/02646838.2018.1424325>
- Hsu, M. T., Tseng, Y. F., & Kuo, L. L. (2002). Transforming loss: Taiwanese women's adaptation to stillbirth. *Journal of Advanced Nursing*, 40(4), 387–395. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02386.x>
- Huberty, J. L., Coleman, J., Rolfsmeyer, K., & Wu, S. (2014). A qualitative study exploring women's beliefs about physical activity after stillbirth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14, Article 26. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-26>

- Hughes, P., Turton, P., & Evans, C. D. H. (1999). Stillbirth as risk factor for depression and anxiety in the subsequent pregnancy: Cohort study. *BMJ*, *318*, 1721–1724. <https://www.bmj.com/content/318/7200/1721>
- Hughes, P., Turton, P., Hopper, E., & Evans, C. D. H. (2002). Assessment of guidelines for good practice in psychosocial care of mothers after stillbirth: A cohort study. *Lancet*, *360*(9327), 114–118. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(02\)09410-2](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(02)09410-2)
- Jones, E. E., Crawley, R., Brierley-Jones, L., & Kenny, C. (2023). Continuing bonds following stillbirth: Protective and risk factors associated with parental bereavement adaptation. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *41*(1), 93–109. <https://doi.org/10.1080/02646838.2021.1972951>
- Jones, K., Robb, M., Murphy, S., & Davies, A. (2019). New understandings of fathers' experiences of grief and loss following stillbirth and neonatal death: A scoping review. *Midwifery*, *79*, Article 102531. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.102531>
- Kelley, M. C., & Trinidad, S. B. (2012). Silent loss and the clinical encounter: Parents' and physicians' experiences of stillbirth – a qualitative analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *12*, Article 137. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-137>
- Kersting, A., Brähler, E., Glaesmer, H., & Wagner, B. (2011). Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. *Journal of Affective Disorders*, *131*(1–3), 339–343. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.11.032>
- Kersting, A., & Wagner, B. (2012). Complicated grief after perinatal loss. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, *14*(2), 187–194. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2012.14.2/akersting>
- Kingdon, C., Givens, J. L., O'Donnell, E., & Turner, M. (2015). Seeing and holding baby: Systematic review of clinical management and parental outcomes after stillbirth. *Birth*, *42*(3), 206–218. <https://doi.org/10.1111/birt.12176>
- Kirui, K. M., & Lister, O. N. (2021). Lived experiences of mothers following a perinatal loss. *Midwifery*, *99*, Article 103007. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103007>
- Kubičková, N. (2001). *Zármutek a pomoc pozůstalým*. Institut sociálních vztahů.
- Lang, A., Fleischer, A. R., Duhamel, F., Sword, W., Gilbert, K. R., & Corsini-Munt, S. (2011). Perinatal loss and parental grief: The challenge of ambiguity and disenfranchised grief. *Omega*, *63*(2), 183–196. <https://doi.org/10.2190/OM.63.2.e>
- Lee, C. (2012). 'She was a person, she was here': The experience of late pregnancy loss in Australia. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *30*(1), 62–76. <https://doi.org/10.1080/02646838.2012.661849>
- Leon, I. G. (2001). Perinatal loss. In N. L. Stotland & D. E. Stewart (Eds.), *Psychological aspects of women's health care: The interface between psychiatry and obstetrics and gynecology* (2nd ed., pp. 141–173). American Psychiatric Association Publishing.
- Lindgren, H., Malm, M. C., & Rådestad, I. (2014). You don't leave your baby – mother's experiences after a stillbirth. *Omega*, *68*(4), 337–346. <https://doi.org/10.2190/om.68.4.c>
- Malm, M. C., Rådestad, I., Erlandsson, K., & Lindgren, H. (2011). Waiting in no-man's-land – mothers' experiences before the induction of labour after their baby has died in utero. *Sexual & Reproductive Healthcare*, *2*(2), 51–55. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2011.02.002>

- Martínez-Serrano, P., Pedraz-Marcos, A., Solís-Muñoz, M., & Palmar-Santos, A. M. (2019). The experience of mothers and fathers in cases of stillbirth in Spain. A qualitative study. *Midwifery*, 77, 37–44. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.06.013>
- McCreight, B. S. (2004). A grief ignored: Narratives of pregnancy loss from a male perspective. *Sociology of Health & Illness*, 26(3), 326–350. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2004.00393.x>
- McCreight, B. S. (2008). Perinatal loss: A qualitative study in Northern Ireland. *Omega*, 57(1), 1–19. <https://doi.org/10.2190/OM.57.1.a>
- National Health Service. (2021, 16. března). *What happens if your unborn baby dies: Stillbirth*. <https://www.nhs.uk/conditions/stillbirth/what-happens/>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2020). *Antenatal and postnatal mental health: Clinical management and service guidance* (Clinical Guideline CG192). <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192/resources/antenatal-and-postnatal-mental-health-clinical-management-and-service-guidance-pdf-35109869806789>
- Nordlund, E., Börjesson, A., Cacciatore, J., Pappas, C., Randers, I., & Rådestad, I. (2012). When a baby dies: Motherhood, psychosocial care and negative affect. *British Journal of Midwifery*, 20(11), 780–784. <https://doi.org/10.12968/bjom.2012.20.11.780>
- Nuzum, D., Meaney, S., & O'Donoghue, K. (2018). The impact of stillbirth on bereaved parents: A qualitative study. *PLOS One*, 13(1), Article e0191635. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191635>
- Perinatal Society of Australia and New Zealand. (2020). *Clinical practice guideline for care around stillbirth and neonatal death*. <https://starlegacyfoundation.org/wp-content/uploads/Flenady-2020-PSANZ-Clinical-Practice-Guideline-for-Stillbirth-and-Neonatal-Death.pdf>
- Poláková, K., Staníčková, Z., Hálek, J., Řežábková, A., & Loučka, M. (2023). *Současný stav a možnosti rozvoje perinatální paliativní péče v České republice*. Centrum paliativní péče.
- Prigerson, H. G., Bierhals, A. J., Kasl, S. V., Reynolds, C. F., Shear, M. K., Newsom, J. T., & Jacobs, S. (1996). Complicated grief as a disorder distinct from bereavement-related depression and anxiety: A replication study. *The American Journal of Psychiatry*, 153(11), 1484–1486. <https://doi.org/10.1176/ajp.153.11.1484>
- Ratislavová, K. (2015). Visual and haptic contact of women with a stillborn baby. *Journal of Nursing, Social Studies, Public Health and Rehabilitation*, 6(3–4), 135–140.
- Ratislavová, K. (2016). *Perinatální paliativní péče: péče o ženu a její rodinu, rituály rozloučení, proces truchlení a vyrovnávání se ztrátou*. Grada Publishing.
- Ratislavová, K., Beran, J., & Kašová, L. (2012). Psycho-sociální péče o ženu po perinatální ztrátě. *Praktický Lékař*, 92(9), 505–508.
- Ratislavová, K., Beran, J., & Lorenzová, E. (2014). Women's experience with a stillbirth in the Czech republic. *Slovak Journal of Health Sciences*, 5(2), 100–112.
- Ratislavová, K., Beran, J., & Lorenzová, E. (2016). Decision-making of Czech mothers about contact with their baby after perinatal loss. *Kontakt*, 18(1), 30–35. <http://dx.doi.org/10.1016/j.kontakt.2016.02.003>
- Rådestad, I., Nordin, C., Steineck, G., & Sjögren, B. (1996). Stillbirth is no longer managed as a nonevent: A nationwide study in Sweden. *Birth*, 23(4), 209–215. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536x.1996.tb00496.x>

- Rådestad, I., Nordin, C., Steineck, G., & Sjögren, B. (1998). A comparison of women's memories of care during pregnancy, labour and delivery after stillbirth or live birth. *Midwifery*, 14(2), 111–117. [https://doi.org/10.1016/s0266-6138\(98\)90008-0](https://doi.org/10.1016/s0266-6138(98)90008-0)
- Rådestad, I., Sjögren, B., Nordin, C., & Steineck, G. (1997). Stillbirth and maternal well-being. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 76(9), 849–855. <https://doi.org/10.3109/00016349709024364>
- Rådestad, I., Steineck, G., Nordin, C., & Sjögren, B. (1996). Psychological complications after stillbirth – influence of memories and immediate management: Population based study. *BMJ*, 312, 1505–1508. <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7045.1505>
- Rådestad, I., Surkan, P. J., Steineck, G., Cnattingius, S., Onelöv, E., & Dickman, P. W. (2009). Long-term outcomes for mothers who have or have not held their stillborn baby. *Midwifery*, 25(4), 422–429. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.03.005>
- Reddy, U. M., Laughon, S. K., Sun, L., Troendle, J., Willinger, M., & Zhang, J. (2010). Prepregnancy risk factors for antepartum stillbirth in the United States. *Obstetrics and Gynecology*, 116(5), 1119–1126. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181f903f8>
- Redshaw, M., Hennegan, J. M., & Henderson, J. (2016). Impact of holding the baby following stillbirth on maternal mental health and well-being: Findings from a national survey. *BMJ Open*, 6(8), Article e010996. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010996>
- Reinebrant, H. E., Leisher, S. H., Coory, M., Henry, S., Wojcieszek, A. M., Gardener, G., Lourie, R., Ellwood, D., Teoh, Z., Allanson, E., Blencowe, H., Draper, E. S., Erwich, J. J., Frøen, J. F., Gardosi, J., Gold, K., Gordijn, S., Gordon, A., Heazell, A. E. P., ... Flenady, V. (2018). Making stillbirths visible: A systematic review of globally reported causes of stillbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 125(2), 212–224. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.14971>
- Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. (2010). *Late intrauterine fetal death and stillbirth* (Green-top Guideline No. 55). https://www.rcog.org.uk/media/0fefdrk4/gtg_55.pdf
- Ryninks, K., Roberts-Collins, C., McKenzie-McHarg, K., & Horsch, A. (2014). Mothers' experience of their contact with their stillborn infant: An interpretative phenomenological analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14, Article 203. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-203>
- Samuelsson, M., Rådestad, I., & Segesten, K. (2001). A waste of life: Fathers' experience of losing a child before birth. *Birth*, 28(2), 124–130. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536x.2001.00124.x>
- Sarkar, A., Siwatch, S., Aggarwal, N., Singla, R., & Grover, S. (2021). The unheard parental cry of a stillbirth: Fathers and mothers. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 305(2), 313–322. <https://doi.org/10.1007/s00404-021-06120-9>
- Säflund, K., Sjögren, B., & Wredling, R. (2004). The role of caregivers after a stillbirth: Views and experiences of parents. *Birth*, 31(2), 132–137. <https://doi.org/10.1111/j.0730-7659.2004.00291.x>
- Säflund, K., & Wredling, R. (2006). Differences within couples' experience of their hospital care and well-being three months after experiencing a stillbirth. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 85(10), 1193–1199. <https://doi.org/10.1080/00016340600804605>

- Smith, G. C. S., Shah, I., White, I. R., Pell, J. P., & Dobbie, R. (2006). Previous preeclampsia, preterm delivery, and delivery of a small for gestational age infant and the risk of unexplained stillbirth in the second pregnancy: A retrospective cohort study, Scotland, 1992–2001. *American Journal of Epidemiology*, *165*(2), 194–202. <https://doi.org/10.1093/aje/kwj354>
- Steen, M., Downe, S., Bamford, N., & Edozien, L. (2012). Not-patient and not-visitor: A metasynthesis fathers' encounters with pregnancy, birth and maternity care. *Midwifery*, *28*(4), 362–371. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2011.06.009>
- Surkan, P. J., Rådestad, I., Cnattingius, S., Steineck, G., & Dickman, P. W. (2008). Events after stillbirth in relation to maternal depressive symptoms: A brief report. *Birth*, *35*(2), 153–157. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2008.00229.x>
- Surkan, P. J., Rådestad, I., Cnattingius, S., Steineck, G., & Dickman, P. W. (2009). Social support after stillbirth for prevention of maternal depression. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, *88*(12), 1358–1364. <https://doi.org/10.3109/00016340903317974>
- Terry, G., Hayfield, N., Clarke, V., & Braun, V. (2017). Thematic analysis. In C. Willig & W. Stainton-Rogers (Eds.), *The SAGE handbook of qualitative research in psychology* (2nd ed., pp. 17–37). SAGE Publications Ltd.
- Trulsson, O., & Rådestad, I. (2004). The silent child – mothers' experiences before, during, and after stillbirth. *Birth*, *31*(3), 189–195. <https://doi.org/10.1111/j.0730-7659.2004.00304.x>
- Turton, P., Badenhorst, W., Hughes, P., Ward, J., Riches, S., & White, S. (2006). Psychological impact of stillbirth on fathers in the subsequent pregnancy and puerperium. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, *188*(2), 165–172. <https://doi.org/10.1192/bjp.188.2.165>
- Turton, P., Hughes, P., Evans, C. D. H., & Fainman, D. (2001). Incidence, correlates and predictors of post-traumatic stress disorder in the pregnancy after stillbirth. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, *178*(6), 556–560. <https://doi.org/10.1192/bjp.178.6.556>
- United Nations Children's Fund. (2023). *Never forgotten: The situation of stillbirth around the globe*. <https://data.unicef.org/resources/never-forgotten-stillbirth-estimates-report/>
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (2021). *Narození a zemřelí do 1 roku 2019*. <https://www.uzis.cz/res/f/008354/narzem2019.pdf>
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (2023). *Rodička a novorozenec 2016–2021*. <https://www.uzis.cz/res/f/008423/rodnov2016-2021.pdf>
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (2024, únor). *MKN-11: Mezinárodní klasifikace nemocí: jedenáctá revize*. <https://www.uzis.cz/ext/mkn-11-nahled/>
- Üstündağ-Budak, A. M., Larkin, M., Harris, G., & Blissett, J. (2015). Mothers' accounts of their stillbirth experiences and of their subsequent relationships with their living infant: An interpretative phenomenological analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *15*, Article 263. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0700-3>
- Vance, J. C., Boyle, F. M., Najman, J. M., & Thearle, M. J. (2002). Couple distress after sudden infant or perinatal death: A 30-month follow up. *Journal of Paediatrics and Child Health*, *38*(4), 368–372. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1754.2002.00008.x>

- Vance, J. C., Najman, J. M., Thearle, M. J., Embelton, G., Foster, W. J., & Boyle, F. M. (1995). Psychological changes in parents eight months after the loss of an infant from stillbirth, neonatal death, or sudden infant death syndrome – a longitudinal study. *Pediatrics*, 96(5), 933–938. <https://doi.org/10.1542/peds.96.5.933>
- Worden, J. W. (2018). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner* (5th ed.). Springer Publishing Company.
- World Health Organization. (2016). *Making every baby count: Audit and review of stillbirths and neonatal deaths*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511223>
- World Health Organization. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11th ed.). <https://icd.who.int/>
- World Health Organization. (2023, 9. května). *Stillbirth*. https://www.who.int/health-topics/stillbirth#tab=tab_1
- Worth, N. J. (1997). Becoming a father to a stillborn child. *Clinical Nursing Research*, 6(1), 71–89. <https://doi.org/10.1177/105477389700600107>
- Yamazaki, A. (2010). Living with stillborn babies as family members: Japanese women who experienced intrauterine fetal death after 28 weeks gestation. *Health Care for Women International*, 31(10), 921–937. <https://doi.org/10.1080/07399332.2010.503289>
- Zákon č. 193/2017 Sb., kterým se mění zákon č. 256/2001 Sb., o pohřbnictví a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony. (2017). In *Sbírka zákonů* (pp. 1994–2015). Ministerstvo vnitra České republiky.
- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). (2011). In *Sbírka zákonů* (pp. 4730–4801). Ministerstvo vnitra České republiky.
- Zeanah, C. H., Danis, B., Hirshberg, L., & Dietz, L. (1995). Initial adaptation in mothers and fathers following perinatal loss. *Infant Mental Health Journal*, 16(2), 80–93. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(199522\)16:2<80::AID-IMHJ2280160203>3.0.CO;2-J](https://doi.org/10.1002/1097-0355(199522)16:2<80::AID-IMHJ2280160203>3.0.CO;2-J)

Seznam příloh

Příloha 1: Náborový leták	I
Příloha 2: Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu.....	II
Příloha 3: Demografický a faktický dotazník	VI
Příloha 4: Znění rozhovoru	VIII
Příloha 5: Seznam krizových kontaktů.....	XIV
Příloha 6: Seznam institucí podpůrné péče a doporučené literatury	XV
Příloha 7: Tabulka témat, subtémat a příkladů kódů.....	XVI

Příloha 1: Náborový leták

Jste žena či muž nebo partnerský pár a prošli jste zkušeností **PORODU MRTVÉHO MIMINKA?**

Zúčastněte se výzkumu.



Koho hledáme?

Jedince nebo partnerské páry **starší 18 let**, kteří prošli zkušeností porodu mrtvého miminka a u nichž od této zkušenosti uplynulo **více než 12 měsíců**.

V čem účast spočívá?

Absolvování cca **45 minut trvajících rozhovoru** týkajícího se Vašeho prožívání v situaci porodu mrtvého miminka.

Realizátor výzkumu:

Bc. Sylvie Krystlová
Studentka psychologie, FF UK
sylviekrystlova@seznam.cz

Vedoucí výzkumu:

MUDr. Antonín Šebela, Ph.D.
Vedoucí Centra perinatálního
duševního zdraví, NUDZ



KATEDRA
PSYCHOLOGIE
Filozofická fakulta
Univerzita Karlova



Perinatal

NU^DZ
NÁRODNÍ ÚSTAV
DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ

Autorem ilustrace je Katie Martin.

Příloha 2: Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu

Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu a se zpracováním osobních údajů

Realizátor výzkumu: *Bc. Sylvie Krystlová*
studentka
(Katedra psychologie, Filozofická fakulta, Univerzita Karlova)
Kontaktní e-mail: sylviekrystlova@seznam.cz

Vedoucí výzkumu: *MUDr. Antonín Šebela, Ph.D.*
psychiatr a výzkumný pracovník, vedoucí Centra perinatálního duševního zdraví NUDZ
(Klinika psychiatrie a lékařské psychologie 3. LF UK a NUDZ)

Informace o výzkumu:

Dobrý den,

tato výzkumná studie nesoucí název **Prožívání matek a otců při porodu mrtvého dítěte** je realizována studentkou katedry psychologie Filozofické fakulty Univerzity Karlovy, Bc. Sylvii Krystlovou, a je součástí její diplomové práce. Vedoucím práce i tohoto výzkumného projektu je MUDr. Antonín Šebela, Ph.D., vedoucí Centra perinatálního duševního zdraví při Národním ústavu duševního zdraví. Tento výzkumný projekt byl schválen Komisí pro etiku ve výzkumu Filozofické fakulty Univerzity Karlovy.

Cílem tohoto výzkumu je popsat, jak vypadá prožívání matek a otců v situaci porodu mrtvého dítěte. Konkrétně je hlavním záměrem zmapovat, jak matky a otcové prožívají období oznámení zprávy o úmrtí dítěte, přes porod samotný, až po prvotní období vyrovnávání se se ztrátou dítěte.

Výsledky výzkumu přispějí k porozumění složité a výzkumem stále opomíjené problematice perinatální ztráty, konkrétně situaci porodu mrtvého dítěte. Téma prožívání rodičů v situaci porodu mrtvého dítěte bude díky této výzkumné práci zprostředkováno odborně, ale i laické veřejnosti.

Vaše účast ve výzkumu je zcela dobrovolná a můžete ji po celou dobu trvání výzkumu bez udání důvodu ukončit. Přečtěte si prosím pečlivě následující informace, na jejichž základě se rozhodnete, zda se dané výzkumné studie chcete účastnit.

Průběh výzkumu:

V rámci realizace výzkumu s Vámi bude veden **1 výzkumný rozhovor** trvající cca **45 minut**. Místo a způsob setkání byly zvoleny s ohledem na Vaši preferenci, kterou jste vyjádřil/a v předchozí e-mailové komunikaci s realizátorkou výzkumu po předběžném vyjádření Vašeho zájmu o účast ve výzkumu.

Otázky rozhovoru se budou konkrétně týkat následujících oblastí:

- Vašeho prožívání oznámení zprávy o úmrtí miminka
- Vašeho prožívání porodu/porodního období mrtvého miminka
- Vašeho prožívání časně poporodního období
- Vašeho prožívání prvotního vyrovnávání se se ztrátou miminka
- přístupu personálu k Vám, k Vašemu miminku, popř. k Vašemu partnerovi či partnerce v situaci porodu mrtvého miminka
- podpory sociálního okolí, které se Vám v situaci porodu mrtvého miminka dostávalo

V úvodu rozhovoru od Vás budou také prostřednictvím krátkého dotazníku zjišťovány základní demografické údaje, a to: pohlaví, věk, úroveň dosaženého vzdělání. Dále od Vás budou zjišťovány základní faktické údaje týkající se porodu mrtvého dítěte, a to: doba uplynulá od ztráty dítěte, způsob porodu dítěte, pořadí mrtvě narozeného dítěte ve vztahu k dalším případným potomkům (např. prvorozenost), rodinný stav v době porodu, přítomnost u porodu (pouze u otců), přítomnost partnera u porodu (pouze u matek).

Je důležité, abyste věděl/a, že pokud nebudete chtít v rámci dotazníku či rozhovoru odpovědět na jakoukoliv otázku, bude Vaše přání respektováno. Pokud byste se rozhodl/a, že už nechcete v dotazníku či rozhovoru dále pokračovat, bude Vaše účast ve výzkumu ukončena. Z tohoto ukončení pro Vás neplynou žádné postihy.

V rámci snahy o co nejpřesnější záznam Vámi řečených informací, bude výzkumný rozhovor **nahráván na audiozařízení**. Tato nahrávka bude sloužit výlučně pro přepis rozhovoru do textové podoby. V rámci přepisu budou všechna data anonymizována – tzn. budou změněny informace, které by Vás mohly jakkoliv identifikovat. Audionahrávky budou uchovávány po dobu trvání výzkumu na externím disku a bude k nim mít přístup pouze realizátorka výzkumu. Po skončení výzkumu budou audionahrávky smazány.

Možná rizika plynoucí z účasti ve výzkumu:

V rámci znovuotevírání citlivého tématu porodu mrtvého miminka, kterým jste prošel/prošla, se mohou v průběhu výzkumu i po jeho skončení objevit na Vaší straně nepříjemné emoce.

Toto riziko bude snižováno především skrze kompetentní vedení výzkumného rozhovoru realizátorkou výzkumu. V případě, že nebudete chtít odpovídat na jakoukoliv otázku, bude Vaše přání respektováno. Pokud byste dále pokračovat, bude Vaše účast ve výzkumu neprodleně ukončena. Z tohoto ukončení pro Vás neplynou žádné postihy.

V případě vynoření se intenzivních emocí v průběhu či ihned po skončení rozhovoru Vám může se zpracováním těchto emocí pomoci realizátorka výzkumu, která je zároveň aktuálně frekventantkou výcviku komplexní krizové intervence. Po skončení rozhovoru (či kdykoliv v průběhu rozhovoru, v případě potřeby) Vám realizátorka výzkumu předá kontakty na krizové linky a krizová centra, kam se můžete obrátit, pokud budete mít pocit, že jsou Vaše emoce příliš akutní a intenzivní. Budou Vám také předány kontakty na organizace pracující s rodiči v situaci perinatální ztráty, na které se můžete obrátit pro další podporu.

Možné benefity plynoucí z účasti ve výzkumu:

Z účasti na tomto výzkumu pro Vás neplyne žádná přímá finanční či jiná odměna. Účastí na výzkumu přispějete k rozšíření poznání v oblasti prožívání žen a mužů v situaci porodu mrtvého dítěte zejména v českém kontextu. Tato práce bude přístupná odborně, ale i laické veřejnosti – díky ní se mohou rodiče procházející stejnou situací, kterou jste prošli Vy, seznámit s tím, co mohou prožívat v takovéto situaci jiní rodiče.

Inkluzivní a vylučovací kritéria účasti na výzkumu:

Výzkumu se můžete zúčastnit, pokud **splňujete všechna** následující kritéria:

- a) Jste starší **18 let**.
- b) Od Vámi prožité zkušenosti porodu mrtvého dítěte uplynula doba delší než **1 rok**.
- c) Porodní hmotnost dítěte činila více než **500 g** nebo gestační stáří dítěte v době jeho porodu činilo více než **22 týdnů**.
- d) Zpráva o úmrtí dítěte Vám byla sdělena **před** započítím samotného porodu, tzn. dítě nezemřelo v průběhu porodu ani časně po něm.

Výzkumu byste se neměl/a účastnit, pokud si myslíte, že by Vás konverzace o daném prožitku mohla výrazně či dlouhodobě rozrušit.

Ochrana Vámi poskytnutých osobních informací:

Výzkumník nebude spolu s rozhovory shromažďovat žádné informace, které by Vás mohly identifikovat.

Shromažďované demografické údaje (pohlaví, věk, úroveň dosaženého vzdělání), které budou s daty z rozhovoru propojeny, jsou pouze velmi obecné, a nebude tedy možné Vás na základě nich identifikovat. Shromažďované faktické údaje týkající se porodu mrtvého dítěte budou následně v rámci výzkumu uváděny pouze souhrnně a nebudou vzájemně propojovány a vztahovány k jednotlivým účastníkům. Ani na základě těchto dat Vás tedy nebude možné identifikovat.

Nahrávky rozhovorů budou sloužit výhradně pro přepis rozhovorů do textové podoby a budou uchovávány na externím disku, ke kterému bude mít přístup pouze realizátorka výzkumu. Po ukončení výzkumu budou tyto nahrávky smazány.

Písemné přepisy nahrávek rozhovorů budou anonymizovány – tzn. nebude možné Vás na základě nich jakkoliv identifikovat. Vaše jméno bude v rámci přepisu změněno na pseudonym, stejně tak budou změněny veškeré další Vámi sdělené údaje, které by mohly vést k přímé identifikaci Vaší osoby. Anonymizovaná data budou sdělena pouze s vedoucím výzkumné práce.

Veškerá získaná data budou využita výhradně pro účely diplomové práce realizátorky výzkumu, popřípadě budou sloužit k následné odborné prezentaci výsledků samotného výzkumu.

Vaše účast na této výzkumné studii je zcela dobrovolná. V jakékoliv její fázi se můžete rozhodnout svou účast ukončit. Z takového ukončení pro Vás neplynou žádné postihy. Právo na ukončení Vaší účasti si vyhrazuje také realizátorka výzkumu, a to pro případ, že by byla celá studie zastavena nebo by v průběhu výzkumu bylo zjištěno, že nesplňujete inkluzivní kritéria popsaná výše v sekci „Inkluzivní a vylučovací kritéria účasti na výzkumu“ či by Váš psychický stav neumožňoval pokračování ve výzkumném rozhovoru.

Pokud budete mít či již máte k průběhu výzkumu jakékoliv otázky, kontaktuje prosím realizátorku výzkumu přes e-mailovou adresu uvedenou v záhlaví tohoto tiskopisu. Pokud budete mít v průběhu výzkumného rozhovoru jakékoliv další dotazy, obraťte se na realizátorku výzkumu osobně.

Souhlas účastníka výzkumu:

Přečetl/a jsem si podrobně všechny výše uvedené informace a dobrovolně souhlasím s účastí v této výzkumné studii. Jsem seznámen/a s tím, že se mohu zároveň rozhodnout ve své účasti ve výzkumu kdykoliv nepokračovat. Souhlas s účastí ve výzkumu **stvrzuji ústně** na začátku výzkumného rozhovoru.

Příloha 3: Demografický a faktický dotazník

V rámci tohoto krátkého dotazníku, který má dvě části, Vás poprosím, abyste nejprve zodpověděl/a stručné demografické údaje týkající se Vaší osoby a následně také základní faktické údaje týkající se Vaší zkušenosti s porodem mrtvého miminka. Pokud pro Vás některá z otázek nebude srozumitelná či budete mít pocit, že na ni nedokážete odpovědět, neváhejte se na mě obrátit.

Zde prosím nejprve uveďte Vaše identifikační číslo:

I. část: DEMOGRAFICKÝ DOTAZNÍK

V následujících několika otázkách Vás poprosím, abyste zodpověděl/a základní demografické údaje týkající se Vaší osoby.

1. Jaké je Vaše pohlaví?

- Žena
- Muž

2. Jaký je Váš věk?

(Uveďte prosím v letech.)

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- Základní
- Středoškolské/Střední odborné
- Vyšší odborné
- Vysokoškolské

II. část: DOTAZNÍK TÝKAJÍCÍ SE PORODU MRTVÉHO DÍTĚTE

V následujících několika otázkách Vás poprosím, abyste zodpověděl/a základní faktické údaje týkající se Vaší zkušenosti s porodem mrtvého miminka. Pokud nebudete chtít na některou z otázek odpovědět, můžete ji prostě přeskočit.

Jak dlouhá doba uplynula od porodu mrtvého miminka?

(Uveďte prosím v letech, případně v měsících.)

Jaký byl způsob porodu mrtvého miminka?

- Spontánní vaginální
 - Indukovaný (vyvolávaný) vaginální
 - Císařským řezem
 - Jiné:
-

Jaké bylo pořadí mrtvě narozeného miminka (ve vztahu k Vaším dalším případným potomkům)?

- Prvorozené
- Druhozené
- Třetírozené či později narozené

Jaký byl Váš rodinný stav v době porodu mrtvého miminka?

- Nezadaná/Nezadaný
 - V partnerském vztahu
 - V manželství
 - Jiné:
-

*Následující otázku prosím zodpovězte pouze v případě, že jste **žena**:*

Pokud jste uvedla v předchozí otázce, že jste v době porodu mrtvého miminka byla v partnerském vztahu či v manželství, byl Váš partner či manžel přítomen u porodu mrtvého miminka?

*(Tuto otázku prosím zodpovězte pouze v případě, že jste **nezvolila** v předchozí otázce možnost „Nezadaná“.)*

- Ano
- Ne

*Následující otázku prosím zodpovězte pouze v případě, že jste **muž**:*

Byl jste přítomen u porodu mrtvého miminka?

- Ano
- Ne

Příloha 4: Znění rozhovoru

ŽENY:

Dobrý den,

jmenuji se Sylvie Krystlová, jsem studentkou 3. ročníku magisterského studia psychologie na Filozofické fakultě Univerzity Karlovy a jsem také realizátorkou výzkumné studie nesoucí název Prožívání matek a otců v situaci porodu mrtvého dítěte, jejímž vedoucím je MUDr. Antonín Šebela, Ph.D.

Ráda bych Vám nejprve vyjádřila upřímnou lítost nad těžkou zkušeností a ztrátou, kterou jste musela projít. Zároveň bych Vám chtěla poděkovat, že jste se rozhodla tuto svou zkušenost sdílet a že jste se rozhodla zúčastnit této studie, neboť Vaše zkušenosti pomohou skrze tuto studii zprostředkovat téma prožívání žen při porodu mrtvého dítěte odborné i laické veřejnosti.

Zhruba 45 minut spolu teď budeme hovořit na téma týkající se Vašeho prožívání v situaci oznámení zprávy o úmrtí miminka a Vašeho prožívání porodu samého. Budeme spolu také hovořit o tom, jak jste prožívala časné poporodní období a jak jste prožívala první dny následující po ztrátě miminka.

Pokud byste nechtěla na některou z otázek odpovědět, bude Vaše přání respektováno. Pokud byste zároveň kdykoliv v průběhu rozhovoru zjistila, že je pro Vás příliš těžké o dané zkušenosti mluvit a nechtěla byste dál v rozhovoru pokračovat, můžeme rozhovor kdykoliv ukončit.

Tento rozhovor bude nahráván. Audiozáznam slouží výhradně k co nejpřesnějšímu převedení Vámi sdělených informací do psané podoby – tyto převedené informace budou anonymizovány tak, aby nebyla možná Vaše identifikace. K audiozáznamu budu mít přístup pouze já, realizátorka výzkumu. Tento záznam bude po ukončení studie smazán.

Ráda bych Vás teď znovu poprosila, abyste uvedla, zda jste si přečetla dokument nesoucí název Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu a se zpracováním osobních údajů, který jsem Vám zaslala e-mailem, a zda s účastí ve výzkumu tedy souhlasíte. Poté bychom započaly samotný rozhovor.

ÚVOD:

Mohu se Vás zeptat, jak se dnes cítíte?

Mohu se Vás zeptat, co Vás motivovalo se zúčastnit tohoto výzkumu?

Ráda bych se Vás také zeptala, jak Vás mohu oslovovat a jak byste chtěla, abych oslovovala Vaše zemřelé miminko?

Oznámení zprávy o úmrtí dítěte:

- 1) Můžete mi popsat, jak jste se dozvěděla zprávu o úmrtí *miminka*?
- 2) Co Vám v první chvíli po oznámení zprávy běželo hlavou? Jak jste se cítila?
- 3) Jak jste prožívala dobu od oznámení zprávy do započetí porodu?
- 4) Bylo něco, co Vám danou situaci pomáhalo zvládnout?
- 5) Bylo naopak něco, co Vám danou situaci ztěžovalo?

Porod mrtvého dítěte:

- 6) Můžete mi popsat, jak porod probíhal?
- 7) Jak jste samotný porod prožívala?
- 8) Co pro Vás z hlediska prožívání bylo na samotném porodu nejtěžší?
- 9) Bylo něco, co Vám v rámci samotného porodu pomáhalo situaci zvládnout?
- 10) Bylo naopak něco, co průběh porodu z Vašeho pohledu ztěžovalo?

Rozloučení se s mrtvě narozeným dítětem:

- 11) Můžete mi popsat, jak vypadala situace následující přímo po porodu mrtvého *miminka*?
- 12) Byla Vám personálem nabídnuta nějaká možnost podstoupení rituálů rozloučení se s *miminkem* (možnost *miminko* vidět a chovat v náručí, možnost pořízení upomínky na *miminko*...)?
 - > *POKUD ANO*: Využila jste některých rituálů rozloučení se s *miminkem*?
 - > *POKUD ANO*: Jakých konkrétně? Jak jste při těchto rituálech cítila?
 - > *POKUD NE*: Co Vás vedlo k tomu, že jste se rozhodla nabízených možností nevyužít? Jak jste danou situaci prožívala?
 - > *POKUD NE*: Jak jste se cítila v situaci následující přímo po porodu mrtvého *miminka*?
- 13) Jak jste se tehdy cítila ohledně přístupu personálu k Vám, Vašemu *miminku*, popř. Vašemu partnerovi?
- 14) Bylo něco, co Vám ze strany personálu v dané situaci pomáhalo?
- 15) Bylo naopak něco, co Vám danou situaci z jejich strany ztěžovalo?

První dny následující po ztrátě dítěte:

- 16) Můžete mi popsat, jak vypadaly Vaše první dny následující po porodu mrtvého *miminka*?
- 17) Jak jste tyto první dny prožívala?
- 18) Co Vám pomáhalo se na situaci ztráty *miminka* zpočátku adaptovat?
- 19) Bylo něco, co Vám naopak první dny ztěžovalo?
- 20) Byla Vám ze strany nemocnice nabídnuta v průběhu Vašeho pobytu nějaká forma návazné psychické podpory (kontakt na psychologa, kontakt na podpůrné rodičovské organizace...)?
 - > *POKUD ANO*: Využila jste možností nabídnuté podpory?
 - > *POKUD ANO*: Jakých konkrétně? Jak jste tuto podporu prožívala?
 - > *POKUD NE*: Co Vás vedlo k tomu, že jste se rozhodla nabízené podpory nevyužít?
- 21) Jakou podobu měla v prvních dnech podpora Vašeho okolí? Jak jste tuto podporu prožívala?

ZÁVĚR:

Je ještě něco, co Vám připadá ohledně celé situace a zkušenosti důležité a co byste se mnou, odbornou veřejností či dalšími rodiči chtěla sdílet?

Je něco, na co byste se mě ještě ráda zeptala?

Mohu se Vás zeptat, jak se teď, po proběhnutí rozhovoru, cítíte?

Závěrem bych Vám chtěla velmi poděkovat za to, že jste se mnou sdílela svou zkušenost a že jste přispěla k rozšíření poznání v oblasti prožívání žen při porodu mrtvého dítěte, a pomohla zprostředkovat toto téma odborné i laické veřejnosti.

Je možné, že v důsledku znovuotevření Vaší zkušenosti během rozhovoru se u Vás objevují či se později objeví nejrůznější emoce spojené s prožitkem zkušenosti porodu mrtvého miminka a jeho ztráty. Pokud byste cítila potřebu s někým dalším svou zkušenost sdílet, cítila byste potřebu se poradit ohledně zvládnutí ztráty miminka nebo byste ráda získala kontakt na odbornou psychologickou a terapeutickou péči v této oblasti, neváhejte prosím oslovit organizace zabývající se podporou rodičů v situaci perinatální ztráty, na které Vám předávám kontakty. Pokud byste zároveň měla pocit, že jsou Vaše emoce v jakékoliv chvíli příliš akutní a intenzivní, neváhejte se prosím obrátit na krizová centra či krizové linky, jejichž kontakty Vám také předávám. Pokud byste měla jakékoliv dodatečné otázky týkající se samotného výzkumu, obraťte se prosím na mě na e-mailové adrese, která je uvedena v záhlaví Informovaného souhlasu s účastí ve výzkumu a je rovněž součástí Vám předávaných kontaktů.

MUŽI:

Dobrý den,

jmenuji se Sylvie Krystlová, jsem studentkou 3. ročníku magisterského studia psychologie na Filozofické fakultě Univerzity Karlovy a jsem také realizátorkou výzkumné studie nesoucí název Prožívání matek a otců v situaci porodu mrtvého dítěte, jejímž vedoucím je MUDr. Antonín Šebela, Ph.D.

Ráda bych Vám nejprve vyjádřila upřímnou lítost nad těžkou zkušeností a ztrátou, kterou jste musel projít. Zároveň bych Vám chtěla poděkovat, že jste se rozhodl tuto svou zkušenost sdílet a že jste se rozhodl zúčastnit této studie, neboť Vaše zkušenosti pomohou skrze tuto studii zprostředkovat téma prožívání mužů při porodu mrtvého dítěte odborné i laické veřejnosti.

Zhruba 45 minut spolu teď budeme hovořit na téma týkající se Vašeho prožívání v situaci oznámení zprávy o úmrtí miminka a Vašeho prožívání porodu samého. Budeme spolu také hovořit o tom, jak jste prožíval časné poporodní období a jak jste prožíval první dny následující po ztrátě miminka.

Pokud byste nechtěl na některou z otázek odpovědět, bude Vaše přání respektováno. Pokud byste zároveň kdykoliv v průběhu rozhovoru zjistil, že je pro Vás příliš těžké o dané zkušenosti mluvit a nechtěl byste dál v rozhovoru pokračovat, můžeme rozhovor kdykoliv ukončit.

Tento rozhovor bude nahráván. Audiozáznam slouží výhradně k co nejpřesnějšímu převedení Vámi sdělených informací do psané podoby – tyto převedené informace budou anonymizovány tak, aby nebyla možná Vaše identifikace. K audiozáznamu budu mít přístup pouze já, realizátorka výzkumu. Tento záznam bude po ukončení studie smazán.

Ráda bych Vás teď znovu poprosila, abyste uvedl, zda jste si přečetl dokument nesoucí název Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu a se zpracováním osobních údajů, který jsem Vám zaslala e-mailem, a zda s účastí ve výzkumu tedy souhlasíte. Poté bychom započali samotný rozhovor.

ÚVOD:

Mohu se Vás zeptat, jak se dnes cítíte?

Mohu se Vás zeptat, co Vás motivovalo se zúčastnit tohoto výzkumu?

Ráda bych se Vás také zeptala, jak Vás mohu oslovovat a jak byste chtěl, abych oslovovala Vaše zemřelé miminko?

Oznámení zprávy o úmrtí dítěte:

- 1) Můžete mi popsat, jak jste se dozvěděl zprávu o úmrtí *miminka*?
- 2) Co Vám v první chvíli po oznámení zprávy běželo hlavou? Jak jste se cítil?
- 3) Jak jste prožíval dobu od oznámení zprávy do započetí porodu?
- 4) Bylo něco, co Vám danou situaci pomáhalo zvládnout?
- 5) Bylo naopak něco, co Vám danou situaci ztěžovalo?

Porod mrtvého dítěte/Porodní období:

- 6) Můžete mi popsat, jak porod/porodní období probíhal/o?
- 7) Jak jste prožíval samotný porod/porodní období?
- 8) Co pro Vás z hlediska prožívání bylo na samotném porodu/porodním období nejtěžší?
- 9) Bylo něco, co Vám v rámci samotného porodu/porodního období pomáhalo situaci zvládnout?
- 10) Bylo naopak něco, co průběh porodu/porodního období z Vašeho pohledu ztěžovalo?

Rozloučení se s mrtvě narozeným dítětem:

- 11) Můžete mi popsat, jak vypadala situace následující přímo po porodu mrtvého *miminka*?
- 12) Byla Vám personálem nabídnuta nějaká možnost podstoupení rituálů rozloučení se s *miminkem* (možnost *miminko* vidět a chovat v náručí, možnost pořízení upomínky na *miminko*...)?
 - > *POKUD ANO*: Využil jste některých rituálů rozloučení se s *miminkem*?
 - > *POKUD ANO*: Jakých konkrétně? Jak jste při těchto rituálech cítil?
 - > *POKUD NE*: Co Vás vedlo k tomu, že jste se rozhodl nabízených možností nevyužít? Jak jste danou situaci prožíval?
 - > *POKUD NE*: Jak jste se cítil v situaci následující přímo po porodu mrtvého *miminka*?
- 13) Jak jste se tehdy cítil ohledně přístupu personálu k Vám, Vašemu *miminku*, Vaší partnerce?
- 14) Bylo něco, co Vám ze strany personálu v dané situaci pomáhalo?
- 15) Bylo naopak něco, co Vám danou situaci z jejich strany ztěžovalo?

První dny následující po ztrátě dítěte:

- 16) Můžete mi popsat, jak vypadaly Vaše první dny následující po porodu mrtvého *miminka*?
- 17) Jak jste tyto první dny prožíval?
- 18) Co Vám pomáhalo se na situaci ztráty *miminka* zpočátku adaptovat?
- 19) Bylo něco, co Vám naopak první dny ztěžovalo?
- 20) Byla Vám ze strany nemocnice nabídnuta v průběhu Vašeho pobytu nějaká forma návazné psychické podpory (kontakt na psychologa, kontakt na podpůrné rodičovské organizace...)?
 - > *POKUD ANO*: Využil jste možností nabídnuté podpory?
 - > *POKUD ANO*: Jakých konkrétně? Jak jste tuto podporu prožíval?
 - > *POKUD NE*: Co Vás vedlo k tomu, že jste se rozhodl nabízené podpory nevyužít?
- 21) Jakou podobu měla v prvních dnech podpora Vašeho okolí? Jak jste tuto podporu prožíval?

ZÁVĚR:

Je ještě něco, co Vám připadá ohledně celé situace a zkušenosti důležité a co byste se mnou, odbornou veřejností či dalšími rodiči chtěl sdílet?

Je něco, na co byste se mě ještě rád zeptal?

Mohu se Vás zeptat, jak se teď, po proběhnutí rozhovoru, cítíte?

Závěrem bych Vám chtěla velmi poděkovat za to, že jste se mnou sdílel svou zkušenost a že jste přispěl k rozšíření poznání v oblasti prožívání mužů při porodu mrtvého dítěte, a pomohl zprostředkovat toto téma odborné i laické veřejnosti.

Je možné, že v důsledku znovuotevření Vaší zkušenosti během rozhovoru se u Vás objevují či se později objeví nejrůznější emoce spojené s prožitkem zkušenosti porodu mrtvého miminka a jeho ztráty. Pokud byste cítil potřebu s někým dalším svou zkušenost sdílet, cítil byste potřebu se poradit ohledně zvládnutí ztráty miminka nebo byste rád získal kontakt na odbornou psychologickou a terapeutickou péči v této oblasti, neváhejte prosím oslovit organizace zabývající se podporou rodičů v situaci perinatální ztráty, na které Vám předávám kontakty. Pokud byste zároveň měl pocit, že jsou Vaše emoce v jakékoliv chvíli příliš akutní a intenzivní, neváhejte se prosím obrátit na krizová centra či krizové linky, jejichž kontakty Vám také předávám. Pokud byste měl jakékoliv dodatečné otázky týkající se samotného výzkumu, obraťte se prosím na mě na e-mailové adrese, která je uvedena v záhlaví Informovaného souhlasu s účastí ve výzkumu a je rovněž součástí Vám předávaných kontaktů.

Příloha 5: Seznam krizových kontaktů

Soupis institucí a kontaktů krizové péče

Krizové linky:

Linka první psychické pomoci: 116 123 (nonstop)

Modrá Linka: 608 902 410; 731 197 477 (nonstop)

Pražská linka důvěry: 222 580 697 (nonstop)

E-mailové poradenství: linka.duvery@csspraha.cz

Chatové poradenství: www.chat-pomoc.cz

Krizová centra:

Krizové centrum RIAPS

Adresa: Chelčického 39, 130 00 Praha 3

Telefon: 222 586 768

E-mail: riaps@csspraha.cz

Další centra krizové pomoci v blízkosti Vašeho bydliště naleznete po zadání následujícího odkazu do Vašeho internetového vyhledávače: www.mpsv.cz/registr-poskytovatelu-sluzeb

- do kolonky „*Jaký druh služby hledáte?*“ vyplňte heslo *Krizová pomoc* a následně vyberte požadovaný *Kraj*, popř. *Okres* a stiskněte *Vyhledat*

Příloha 6: Seznam institucí podpůrné péče a doporučené literatury

Soupis institucí podpůrné péče a odborných publikací

Organizace podpůrné péče pro rodiče v situaci perinatální ztráty:

Cesta domů - Perinatální paliativní péče

Webové stránky: www.cestadomu.cz/perinatalni-paliativni-pece

Telefon: 775 166 863; 725 245 576

E-mail: perinatalni.provazeni@cestadomu.cz

Prázdná kolébka

Webové stránky: www.prazdnakolebka.cz

Telefon: 606 781 361

E-mail: dlohacesta@dlohacesta.cz

Dítě v srdci

Webové stránky: www.ditevsrdci.cz

Telefon: 731 031 064

Další informace o možnostech podpůrné péče pro rodiče v situaci perinatální ztráty naleznete na informačním portálu **Perinatální ztráta** po zadání následujícího odkazu do Vašeho internetového vyhledávače:

www.perinatalniztrata.cz/pro-rodiny/

Odborné publikace zabývající se situací rodičů při perinatální ztrátě:

Kohner, N., & Henley, A. (2013). *Když dítě zemře: zkušenosti se spontánním potratem v pozdním stadiu těhotenství, narozením mrtvého dítěte a úmrtím novorozence*. Triton.

Ratislavová, K. (2016). *Perinatální paliativní péče: péče o ženu a její rodinu, rituály rozloučení, proces truchlení a vyrovnávání se se ztrátou*. Grada.

Špaňhelová, I. (2015). *Prázdná kolébka: jak překonat ztrátu dítěte před porodem nebo těsně po něm*. Portál.

Další doporučení na literaturu týkající se perinatální ztráty naleznete opět na informačním portálu **Perinatální ztráta** po zadání následujícího odkazu do Vašeho internetového vyhledávače:

www.perinatalniztrata.cz/knihovna/

Příloha 7: Tabulka témat, subtémat a příkladů kódů

Konfrontace s realitou smrti dítěte

<i>Odmítání reality</i>	<ul style="list-style-type: none">• Víra v omyl• Naděje• Absorpce informací• ...
<i>Nejisté rozhodování</i>	<ul style="list-style-type: none">• Proměnlivost rozhodnutí• Vliv druhých na rozhodnutí• Zpochybňování původních rozhodnutí• ...
<i>Překvapivý kontakt</i>	<ul style="list-style-type: none">• Překvapení ze vzhledu dítěte• Bolestivý kontakt• Projevy lásky k dítěti• ...
<i>Připomínka existence i ztráty</i>	<ul style="list-style-type: none">• Potřeba upomínky• Bolestivá upomínka• Komunikace s dítětem• ...

Zbytečné utrpení

<i>Nechat vše za sebou</i>	<ul style="list-style-type: none">• Zaměření na ukončení situace• Vyhnout se porodu• Úsilí bez odměny• ...
<i>Tělesná zkušenost</i>	<ul style="list-style-type: none">• Fyzický diskomfort• Prvorodičství jako přítěž• Tělo brání se porodu• ...

Potřeba opory

<i>Připravený personál</i>	<ul style="list-style-type: none">• Poskytnutí informací• Zaměření na potřeby• Zkušenosti personálu• ...
<i>Zasažení blízcí</i>	<ul style="list-style-type: none">• Nepřetržitá přítomnost druhého• Nejistota okolí• Být oporou• ...
<i>Nejsme jedini</i>	<ul style="list-style-type: none">• Zkušenosti druhí• Vyhledávání podobných příběhů• Sdílet svůj příběh• ...

Izolace

<i>Komunikace jako zátěž</i>	<ul style="list-style-type: none">• Bolestivé vysvětlování• Nezraňovat druhé• Potřeba hovořit o ztrátě• ...
<i>Vyhýbání se</i>	<ul style="list-style-type: none">• Potřeba soukromí• Být sama• Bolestivý kontakt s mateřstvím druhých• ...

Prožít nebo popřít

<i>Ventilace emocí</i>	<ul style="list-style-type: none">• Zmatení z emocí• Společné truchlení• Emoce ve vlnách• ...
<i>Kontrola emocí</i>	<ul style="list-style-type: none">• Odložené emoce• Monitorování duševního stavu• Odmítání emocí• ...
<i>Aktivní vyrovnávání se</i>	<ul style="list-style-type: none">• Odvedení pozornosti• Práce s myšlenkami/tělem• Fixace na budoucí těhotenství• ...