

UNIVERZITA KARLOVA

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

Diplomová práca



Michaela Slováková

Perinatálna strata a jej prežívanie z pohľadu matiek

Perinatal loss and mothers' experiences

Vedúca diplomovej práce: Mgr. Karolína Vlčková, PhD.

2024

Pod'akovanie

Touto cestou by som rada pod'akovala vedúcej diplomovej práce Mgr. Karolíne Vlčkovej, Ph.D. za jej čas, ochotu, cenné postrehy a veľkú podporu v celom procese. Ďakujem taktiež Mgr. Kristýne Polákovej za konzultáciu a odporúčania k scenáru rozhovoru. Zároveň moje pod'akovanie patrí všetkým respondentkám, ktoré sa rozhovorov zúčastnili a bez ktorých by nebolo možné prácu vytvoriť. Ďakujem im predovšetkým za ich ochotu, otvorenosť a odvahu zdieľať svoju skúsenosť.

Prehlásenie

Prehlasujem, že som diplomovú prácu vypracovala samostatne, že som riadne citovala všetky použité pramene a literatúru a že práca nebola využitá v rámci iného vysokoškolského štúdia či k získaniu iného alebo rovnakého titulu.



Michaela Slovákova

V Prahe dňa 15.12.2024

Abstrakt

Táto diplomová práca sa venuje prežívaniu matiek po perinatálnej strate a ich prípadnej skúsenosti s perinatálnou paliatívnou starostlivosťou. Teoretická časť práce je zameraná na vysvetlenie pojmu perinatálna strata, jej jednotlivých typov, pôrod mŕtvonarodeného dieťaťa a starostlivosť v pôrodnici. Ďalej spracováva vybrané psychologické aspekty straty, predovšetkým kontakt s dieťaťom po pôrode a trúchlenie. Naznačuje možné faktory, ktoré ovplyvňujú následné vyrovnávanie sa s touto skúsenosťou a predstavuje koncept post-traumatického rastu. Cieľom výskumnej časti bolo lepšie porozumenie prežívaniu matiek po perinatálnej strate a zachytenie ich skúsenosti so starostlivosťou v pôrodnici. Zber dát prebehol formou pološtruktúrovaných rozhovorov s piatimi matkami, ktoré mali skúsenosť s perinatálnou stratou. Na analýzu dát bola využitá metóda Interpretatívnej fenomenologickej analýzy, pomocou ktorej boli identifikované 4 hlavné témy: Kontakt s dieťaťom, Kontakt s okolím, Vyrovnávanie sa a Význam spomienok. Každá z nadradených tém obsahovala 2-4 podtémy. Výsledky ukazujú, že perinatálna strata predstavuje pre ženy bolestivú skúsenosť a vyrovnávanie sa s ňou je dlhodobým procesom. Jej prežívanie sa do určitej miery dá ovplyvniť vhodne zameranou zdravotníckou starostlivosťou a citlivým prístupom okolia. Ako prospešný sa ukazuje kontakt s bábätkom po pôrode, vytvorenie hmatateľných spomienok, rešpektujúca komunikácia zdravotníkov, podpora okolia v následnom trúchlení, prípadne využitie psychologickéj podpory.

Kľúčové slová: perinatálna strata; mŕtvorodenosť; perinatálna paliatívna starostlivosť; trúchlenie; interpretatívna fenomenologická analýza

Abstract

This thesis explores the experiences of mothers following perinatal loss and their possible experience of perinatal palliative care. The theoretical part of the thesis focuses on explaining the concept of perinatal loss, its different types, stillbirth and care in the maternity ward. It further elaborates on selected psychological aspects of loss, especially contact with the child after birth and grieving. It suggests possible factors that influence subsequent coping with the experience and introduces the concept of post-traumatic growth. The aim of the research section was to gain a better understanding of mothers' experiences following perinatal loss and to capture their experience of care in the maternity unit. Data collection took the form of semi-structured interviews with five mothers who had experienced perinatal loss. The Interpretative Phenomenological Analysis method was used to analyse the data and four main themes were identified: Contact with the baby, Contact with others, Coping and The meaning of memories. Each of the superordinate themes contained 2-4 subthemes. The results show that perinatal loss is a painful experience for women and coping is a long-term process. Experiences of mothers can be influenced to some extent by appropriately focused medical care and a sensitive attitude of those around. Contact with the baby after birth, the creation of tangible memories, respectful communication from health professionals, support from others, or the use of psychological support, all prove beneficial.

Key words: perinatal loss; stillbirth; perinatal palliative care; grief; interpretative phenomenological analysis

Obsah

Úvod.....	10
I. Teoretická časť.....	12
1. Perinatálna strata	12
1.1 Definícia a incidencia	12
1.2 Typy perinatálnej straty a ich špecifiká	13
1.2.1 Dieťa s vrodenou vývojovou chybou	13
1.2.2 Dieťa na hranici viability	14
1.2.3 Intrauterinné úmrtie dieťaťa	15
1.3 Pôrod mŕtveho dieťaťa	15
1.3.1 Pocit predtuchy.....	16
1.3.2 Priebeh pôrodu a jeho prežívanie	17
1.4 Starostlivosť v pôrodnici	18
2. Psychologické aspekty perinatálnej straty.....	21
2.1 Kontakt s dieťaťom	21
2.1.1 Kontakt s novorodencom v paliatívnej starostlivosti.....	21
2.1.2 Kontakt s mŕtvonarodeným dieťaťom	22
2.1.3 Vplyv kontaktu s mŕtvym dieťaťom na duševné zdravie matky	23
2.1.4 Tvorba spomienok	25
2.2 Trúchlenie	27
2.2.1 Proces trúchlenia	27
2.2.2 Faktory ovplyvňujúce proces trúchlenia.....	29
2.2.3 Komplikovaný zármutok	32
2.2.4 Dlhodobý efekt perinatálnej straty.....	33
2.2.5 Partnerský vzťah v období trúchlenia	34
2.2.6 Možnosti psychologickej intervencie.....	35
2.3 Post-traumatický rast.....	37
2.3.1 Post-traumatický rast a perinatálna strata	37
2.3.2 Domény post-traumatického rastu u žien po strate.....	38
2.3.3 Faktory podporujúce post-traumatický rast.....	38

II. Empirická časť	41
1. Cieľ výskumu	41
1.1 Výskumné otázky.....	41
2. Metodika	42
2.1 Výskumný súbor	42
2.2 Nástroje	46
2.3 Procedúra.....	47
2.4 Analýza	48
2.5 Etika výskumu	48
3. Výsledky	50
3.1 Kontakt s dieťaťom	50
3.1.1 Vidieť svoje dieťa?	51
3.1.2 Obava z mŕtveho tela	52
3.1.3 Potreba niečo si spolu prežiť	53
3.1.4 Bolo to liečivé	55
3.2 Kontakt s okolím	56
3.2.1 Prístup personálu.....	56
3.2.2 Nepochopenie od okolia.....	59
3.2.3 Vplyv na partnerský vzťah	61
3.3 Vyrovnávanie sa	62
3.3.1 Ako to vysvetliť telu	62
3.3.2 Význam terapie a vnímané bariéry.....	63
3.3.3 Zmena perspektívy	64
3.4 Význam spomienok	65
3.4.1 Hmatateľné spomienky	65
3.4.2 Navršená hlina	66
4 Diskusia	69
4.1 Zhrnutie výsledkov výskumu v kontexte doterajších poznatkov	69
4.2 Limity výskumu a odporúčenia pre ďalší výskum	74
4.3 Prínosy pre prax.....	75

5 Záver.....	79
Referencie	80
Zoznam príloh.....	96
Prílohy.....	97
Príloha 1 – Scenár rozhovoru	97
Príloha 2 – Náborový leták.....	99
Príloha 3 – Vyjadrenie etickej komisie	100
Príloha 4 – Informácie o priebehu výskumu	101
Príloha 5 – Informovaný súhlas.....	102

Zoznam skratiek

ČSÚ	Český statistický úřad
ÚZIS ČR	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
IPA	Interpretatívna fenomenologická analýza
APA	Americká psychologická asociácia
WHO	World Health Organization
SCRN	Stillbirth Collaborative Research Network
IPT	Interpersonálna terapia
EMDR	Eye movement desensitization and reprocessing
PTGI	Posttraumatic Growth Inventory

Úvod

Perinatálna strata je emocionálne náročná a potenciálne traumatizujúca udalosť (Berry, 2022). Úmrtie bábätka pre matku znamená nielen stratu jeho fyzickej prítomnosti, ale aj očakávanej radosti, skúsenosti rodičovstva a v niektorých prípadoch aj pocit straty seba samej (Downe et al., 2013). Smrť bábätka je častokrát spoločnosťou vnímaná ako menej významná, než v prípade úmrtia staršieho dieťaťa. Pre rodičov je však bolesť z nej plynúca rovnako hlboká (Boyle, 2018) a okrem pocitov smútku mnohí prežívajú pocit viny, strachu a ľútosti (Downe et al., 2013). Strata v perinatálnom období môže mať značné psychické, fyzické, sociálne a finančné dopady na rodičov aj ich najbližšiu rodinu (Burden et al., 2016). Jedným zo zásadných aspektov ovplyvňujúcich prežívanie žien po strate je ich skúsenosť so starostlivosťou zdravotníckeho personálu (Peters et al., 2015; Ravaldi et al., 2018).

V Českej republike v perinatálnom období ročne zomrie približne 400 detí (Český statistický úrad [ČSÚ], 2022; Ústav zdravotníckych informací a statistiky ČR [ÚZIS ČR], 2024). Dôležitou témou v starostlivosti po perinatálnej strate je možnosť kontaktu matky s mŕtvonarodeným bábätkom. Ešte donedávna väčšina matiek po pôrode mŕtveho dieťaťa svoje dieťa nevidela (Ratislavová et al., 2016), čo bolo v kontraste s prístupom v zahraničí, kde sa jednalo len o veľmi nízke percento matiek. Existuje však predpoklad, že vďaka iniciatívam v téme perinatálnej paliatívnej starostlivosti a aktivite podporných organizácií (Dítě v srdci, Prázdna kolébka a iné) sa za posledné roky táto situácia mení. Cieľom tejto práce je získať lepšie porozumenie prežívaniu matiek po perinatálnej strate a ich potrebám v súvislosti s prístupom zdravotníckeho personálu v pôrodnici, ako aj ich blízkeho okolia. Snaží sa zachytiť možné faktory, ktoré ovplyvňujú spracovávanie straty a dopomáhajú jej lepšiemu integrovaniu do života matky. Dôležité je zmieniť, že s ohľadom na citlivý prístup k téme perinatálnej straty a voľbu vhodného jazyka vo vzťahu k rodičom je vo väčšine práce (s výnimkou medicínsky a štatisticky zameraných častí) namiesto pojmu „plod“ používaný pojem „dieťa“ alebo „bábätko“. Súčasne je tento pojem pre účely práce istým zjednotením skúseností mŕtvorodenosti a novorodeneckej úmrtnosti.

Teoretická časť je rozdelená na tri hlavné kapitoly. Prvá kapitola sa venuje definícii pojmu perinatálna strata a štatistickým ukazovateľom. Ďalej popisuje jednotlivé typy perinatálnej straty a najčastejšie príčiny úmrtia v tomto období. Súčasne osvetľuje špecifiká pôrodu mŕtveho dieťaťa s dôrazom na prežívanie matky a jej potreby. Pozornosť je venovaná

aj starostlivosti v pôrodnici a na základe výskumných poznatkov zhrňuje odporúčania pre zdravotnícky personál. Druhá kapitola rozpracováva vybrané psychologické aspekty perinatálnej straty. Zaoberá sa tematikou kontaktu matky s mŕtvym dieťaťom alebo novorodencom v paliatívnej starostlivosti a možným vplyvom tohto kontaktu na jej duševné zdravie. Na túto časť nadväzuje popis špecifik trúchlenia, jeho procesu a faktorov, ktoré ovplyvňujú vyrovnávanie sa so stratou v krátkodobom, aj dlhodobom horizonte. Teoretickú časť uzatvára kapitola venovaná aktuálnym poznatkom o post-traumatickom raste pozorovanom u matiek po perinatálnej strate.

Praktická časť má za cieľ zachytiť subjektívnu skúsenosť matky po perinatálnej strate s dôrazom na jej prežívanie a vnímanie prístupu zdravotníckeho personálu v pôrodnici. Kvalitatívny výskum prebiehal formou pološtruktúrovaných rozhovorov s matkami po perinatálnej strate, pričom pre analýzu dát bola využitá Interpretatívna fenomenologická analýza (IPA).

Práca je písaná v slovenskom jazyku, citácie respondentiek v praktickej časti práce sú však z dôvodu zachovania autenticity výpovedí ponechané v pôvodnom českom jazyku. V práci sú uvedené citácie podľa normy Americkej psychologickéj asociácie (APA, 2020).

I. Teoretická časť

1. Perinatálna strata

1.1 Definícia a incidencia

Definícia pojmu perinatálna strata sa naprieč literatúrou líši a do veľkej miery závisí od konkrétnej krajiny a časového rámca. V zahraničnej literatúre je možné sa stretnúť s definovaním perinatálnej straty ohraničenej od úmrtia plodu alebo novorodenca v období od počatia do 28 dní po pôrode, pričom je odlišený potrat (do 20. týždňa) od mŕtvorodenosti (od 20. týždňa) a novorodeneckej úmrtnosti (medzi narodením a 28. dňom po narodení) (Berry, 2022). V Českej republike sa stretávame s ohraničením perinatálnej straty ako úmrtím plodu od 22. týždňa tehotenstva a úmrtím novorodenca do 7. dňa po narodení (Ratislavová, 2016), čo je v súlade s definíciou od Svetovej zdravotníckej organizácie, ktorá týmto časovým rámcom definuje perinatálne obdobie (World Health Organization [WHO], 2024). Perinatálna strata teda zahŕňa mŕtvorodenosť a skorú novorodeneckú úmrtnosť.

Za mŕtvonarodené dieťa je v Českej republike považovaný plod narodený bez známk života, ktorého hmotnosť je 500 g a viac. V prípade, že nejde hmotnosť určiť, je to plod narodený po 22. ukončenom týždni tehotenstva, ak nie je možné určiť gestačný týždeň, tak musí byť plod dlhý najmenej 25 cm od temena hlavy k päte (ÚZIS ČR, 2023). Táto hranica zároveň právne odlišuje pôrod od samovoľného potratu. Schválením zákona č. 372/2011 Sb. (Zákon č. 372/2011 Sb., 2011) bola znížená hranica pre odlišenie mŕtvonarodeného dieťaťa od potratu z pôvodných 1000 g na 500 g, čo viedlo k odlišnému počtu mŕtvonarodených detí v Českej republike. Medzi rokmi 2005-2011 sa jednalo o 272 až 319 detí ročne (ČSÚ, 2016). V rokoch 2012-2021 sa jednalo o 366 (rok 2013) až 431 (rok 2020) detí, pričom miera mŕtvorodenosti, vyjadrujúca počet mŕtvonarodených detí z celkového počtu narodených, sa v tomto období pohybovala medzi 3,3 ‰ až 3,9 ‰ (ČSÚ, 2022). V roku 2023 je v ČR evidovaných 302 mŕtvonarodených detí, čo predstavuje 3,34 mŕtvonarodených detí na 1000 celkovo narodených detí (ÚZIS ČR, 2024).

Najväčší podiel na novorodeneckej úmrtnosti majú predčasné pôrody, pri ktorých je dieťa narodené v období na hranici viability (medzi 22. a 24. týždňom tehotenstva). Výrazný podiel na úmrtí v perinatálnom období majú aj vrodené vývojové chyby plodu (Ratislavová, 2016). V ČR bolo v roku 2023 zaznamenaných 71 úmrtí do 7 dní od narodenia,

čo predstavuje 0,79 detí na 1000 celkovo narodených. Celkovo teda do počtu perinatálnych úmrtí (mŕtvorodenosť a novorodenecká úmrtnosť) za rok 2023 spadá 373 detí (ÚZIS ČR, 2024).

1.2 Typy perinatálnej straty a ich špecifiká

1.2.1 Dieťa s vrodenuou vývojovou chybou

Podľa údajov od Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO, 2023) ročne z dôvodu vrodenných abnormalít zomrie odhadom 240 000 novorodencov do 28 dní od narodenia. Najčastejšími závažnými diagnózami sú srdcové chyby, defekty neurálnej trubice a Downov syndróm. V prípade, že výsledky z ultrazvuku alebo krvných testov preukážu riziko vrodenných abnormalít, nasleduje v súlade s preferenciou rodičov proces podrobnejšej diagnostiky s využitím invazívnych (odber choriových klkov, amniocentéza) alebo neinvazívnych metód (DNA skrining, dodatočné ultrazvukové zobrazovanie). Po získaní všetkých informácií sa rodičia ocitnú v situácii, kedy sa musia rozhodnúť o ukončení tehotenstva alebo jeho pokračovaní do samotného pôrodu. Na rozhodovanie majú zvyčajne niekoľko dní až pár týždňov po oznámení diagnózy (Marc-Aurele, 2020).

Informácia o závažnej diagnóze predstavuje pre matky veľký šok a určitú transformáciu z tehotenskej skúsenosti do nečakanej krízovej situácie (Theroux & Hersperger, 2022). V tomto čase je dôležitá citlivá komunikácia s matkami, navrhnutie možností starostlivosti o dieťa vo finálnom štádiu a rešpektovanie ich kultúrnych alebo spirituálnych rituálov (Wool et al., 2016). Denney-Koelsch a Cote-Arsenault (2021) na základe výpovedí rodičov popísali proces rozhodovania v jednotlivých fázach. Súčasťou tohto procesu je podľa nich zváženie objektívnych a subjektívnych faktorov. Medzi objektívne faktory, ktoré sú pre rozhodovanie dôležité, patrí napríklad diagnostická a prognostická istota, možnosti liečby, klinické dôsledky pre matku a dieťa alebo expertíza zdravotníckeho tímu. Zásadnú rolu v procese rozhodovania však hrajú subjektívne faktory, ktorými sú hodnoty rodičov, pravdepodobnosť dobrého výsledku, vplyv na dieťa z hľadiska vyhnutiu sa utrpeniu, vplyv na seba a partnera (dohoda medzi partnermi, pocit kontroly, vyhnutie sa výčitkám) a vplyv na ostatné deti v rodine.

V prípade rozhodnutia pre umelé ukončenie tehotenstva je súčasťou štandardného postupu v Českej republike usmrtenie plodu v maternici (fetocída), ktoré predchádza samotnému pôrodu (Lubušký, 2016). V zahraničných štúdiách však dáta ukazujú, že fetocída nie je vykonaná pred každým takýmto zákrokom (Graham et al., 2009). Len veľmi malé množstvo štúdií sa venuje psychickému dopadu fetocídy, jedna kvalitatívna štúdia však naznačuje, že pre niektoré ženy môže byť práve moment usmrtenia dieťaťa potenciálne

traumatizujúci (Leichtentritt, 2011). Naopak, v inej štúdií matky tento úkon vnímali ako súčasť celého emočne náročného procesu (Graham et al., 2009).

Diagnóza vrodenej vývojovej chyby znamená pre rodičov psychicky zaťažujúcu situáciu, v ktorej sú postavení postupne pred niekoľko dôležitých rozhodnutí. V prvom rade si musia zvoliť, či majú záujem o podrobnejšiu diagnostiku, následne akú metódu preferujú a po samotnej diagnóze ich čaká rozhodnutie o ukončení alebo pokračovaní tehotenstva. Perinatálna paliatívna starostlivosť môže byť pre rodičov v tomto procese sprievodcom, ktorý im aspoň čiastočne pomôže situáciu zvládať (Jackson et al., 2023).

1.2.2 Dieťa na hranici viability

V praxi sa o životaschopnosti plodu dá uvažovať od ukončeného 22. gestačného týždňa, pričom väčšina novorodencov narodených po ukončení 26. týždni má za pomoci aktívnej medicínskej intervencie vysokú pravdepodobnosť prežitia (Gkiougki et al., 2021; Kornhauser & Lucovnik, 2023). Viabilita je určená ako schopnosť prežiť, rásť a normálne sa vyvíjať mimo matrice. Za hranicu viability je momentálne v ČR považované obdobie medzi 22. a 23. ukončeným týždňom tehotenstva. Pojem „šedá zóna“ označuje časový rámeč medzi 22. až 25. týždňom, ktorý sa spája s neistým výsledkom v zmysle prognózy mortality alebo morbidity (Göthová, 2013). Podobne je hranica určená vo väčšine vyspelých krajín, výnimkou je napríklad Holandsko, kde je za šedú zónu považované obdobie medzi 24. – 26. týždňom a súvisí predovšetkým s miestnymi socio-kultúrnymi normami a hodnotami (De Proost et al., 2021).

Výsledky starostlivosti o dieťa narodené v šedej zóne sú neisté nielen z hľadiska šance na prežitie, ale aj z pohľadu kvality života (Kachlová et al., 2022). Zlatohlávková (2011) upozorňuje, že gestačný týždeň by nemal byť jediný rozhodujúci faktor poskytovania aktívnej medicínskej starostlivosti, dôležité je zohľadňovať viabilitu dieťaťa komplexne. Okrem biologických faktorov podľa nej závisí akceptovaná miera pravdepodobnosti prežitia aj na hodnotách rodičov, ktorí v spolupráci s neonatológmi o poskytnutí resuscitácie a intenzívnej starostlivosti na hranici viability do veľkej miery rozhodujú. Konkrétne v prípadoch extrémne nezrelých novorodencov narodených do 24. týždňa je odporúčané zvoliť individuálny prístup, súčasťou ktorého je konzultácia s rodičmi a informovaný súhlas (Liška, 2012).

Hoci mnoho rodičov sa v tejto situácii môže spoliehať na odhady odborníkov, ukazuje sa, že nie vždy je tento odhad presný a založený na aktuálne dostupných dátach. Boland et al. (2016) vykonali v austrálskych zdravotníckych zariadeniach štúdiu zameranú na presnosť vnímania pravdepodobnosti prežitia novorodencov narodených medzi 24. – 28. týždňom.

Do výskumu sa zapojili pôrodné asistentky, sestry, pôrodníci a neonatológovia. Pozoruhodným výsledkom bola skutočnosť, že zdravotníci celkovo podceňovali šance na prežitie a naopak, nadhodnocovali pravdepodobnosť závažného neurosenzorického postihnutia. Keďže šance na prežitie sú ovplyvnené mnohými faktormi, poskytnúť presné a neskreslené informácie je v tomto prípade extrémne náročné. Z tohto dôvodu je potrebné odhad aktualizovať a s rodičmi priebežne komunikovať pri každej novej informácii (Kornhauser & Lucovnik, 2023).

1.2.3 Intrauterinné úmrtie dieťaťa

Úmrtie dieťaťa v maternici môže nadväzovať na predchádzajúcu diagnózu vrodenej vývojovej chyby, zároveň sa však môže jednať o neočakávané a v tej chvíli nevysvetliteľné úmrtie dieťaťa v pokročilom štádiu tehotenstva alebo v priebehu samotného pôrodu. Mnohokrát skončí mŕtvonarodenosťou v blízkosti termínu pôrodu inak do vtedy bezproblémové tehotenstvo (Cacciatore, 2013). V prípadoch, kedy tehotenstvo prebiehalo bez komplikácií, rodičia očakávajú narodenie zdravého dieťaťa a informácia o úmrtí je pre nich šokujúca (Ratislavová, 2016).

Organizácia zaoberajúca sa mŕtvonarodenosťou v USA s názvom Stillbirth Collaborative Research Network [SCRN] vykonala rozsiahly výskum s cieľom zistiť možné príčiny narodenia mŕtveho dieťaťa (SCRN, 2011). Štúdie sa zúčastnilo 500 žien (512 pôrodov mŕtvonarodeného dieťaťa), pričom celkovo na projekte participovalo 59 nemocníc z 5 štátov USA. Z celkového počtu pôrodov bola pravdepodobná príčina smrti objasnená v 61 %, v 76 % bola identifikovaná len možná príčina. Najčastejšou príčinou úmrtia boli placentárne komplikácie (26 %), za nimi nasledovala infekcia (14-19 %), chromozomálne abnormality a abnormality pupočnej šnúry. Medzi ďalšie príčiny patria zdravotné komplikácie na strane rodičky, napríklad vysoký tlak, preeklampsia alebo diabetes.

Podobná analýza príčin intrauterinného úmrtia plodu bola vykonaná v Českej republike v Ústave pro péči o matku a dítě (Klikarová et al., 2014), kde sa príčinu úmrtia podarilo objasniť v 70 % prípadov, pričom najväčší podiel mali placentárne a pupočníkové komplikácie. Najčastejším symptómom úmrtia, s ktorým sa ženy na zdravotníkov obracali, bolo znížené vnímanie pohybov dieťaťa.

1.3 Pôrod mŕtveho dieťaťa

Špecifickou situáciou v rámci perinatálnej straty je pôrod mŕtveho dieťaťa, ktorý nasleduje po intrauterinnom úmrtí dieťaťa alebo v situácii ukončenia tehotenstva z dôvodu

vývojovej chyby dieťaťa. Nasledujúci text obsahuje poznatky o prežívaní ženy pred oznámením úmrtia a počas samotného pôrodu.

1.3.1 Pocit predtuchy

V literatúre je v súvislosti s úmrtím bábätka v maternici spájaný istý pocit predtuchy. Výsledky niektorých štúdií naznačujú, že určitá časť žien nejakým spôsobom vycítila, že s bábätkom niečo nie je v poriadku, na základe čoho sa potom rozhodli navštíviť lekára. Rådestad et al. (1996a) vo svojom výskume uvádzajú, že 23 % žien (z celkového počtu 314) malo veľmi silný pocit, že dieťa môže byť mŕtve ešte pred stanovením diagnózy. Naopak, štvrtina zúčastnených žien nemala vôbec žiadne podozrenie, že by sa dieťaťu niečo stalo. V kvalitatívnych štúdiách (Nuzum et al., 2018; Trulsson & Rådestad, 2004) ženy popisovali pocit, že niečo nie je v poriadku vo forme predtuchy alebo spätného priradenia významu udalostiam alebo zážitkom, ktoré sa v tej dobe stali.

Erlandsson et al. (2012) vykonali pomerne rozsiahlu štúdiu formou online dotazníku s niekoľkými otázkami zameranými práve na pocit predtuchy. Zo 614 žien až 64 % uviedlo určitý pocit, že dieťa nie je v poriadku. Z nich 70 % kontaktovalo zdravotnícke zariadenie a bolo pozvaných na vyšetrenie, pričom 22 % z nich aj tak počkalo až na ďalšiu rutinnú prehliadku. 8 % žien do nemocnice zavolalo a dostalo informáciu, že všetko znie normálne a dodatočná prehliadka im nebola priamo odporúčaná. Podobné výsledky uvádza aj výskum od Gravensteen et al. (2013), kde zo 101 opýtaných žien 68 % predpokladalo, že niečo nie je v poriadku ešte pred oznámením úmrtia lekárom, pričom najčastejšou príčinou obáv bola absencia pohybov. Z nich 88 % kontaktovalo zdravotnícke zariadenie a 63 % bolo následne prijatých do nemocnice.

V ďalšom podobne zameranom výskume (Warland et al., 2018) bola výskumná metóda obohatená o kontrolnú skupinu 234 žien, ktoré porodili živé dieťa. Zo 146 žien po pôrode mŕtveho dieťaťa až 75 % odpovedalo, že mali určitý vnútorný pocit (gut instinct), že niečo nie je v poriadku a súčasne 21 % z nich malo podobné pocity počas väčšiny alebo celého ich tehotenstva. Z kontrolnej skupiny tento inštinktívny pocit udávalo len 12 % žien.

Pri interpretovaní spomenutých štúdií je potrebné zvážiť aj ich limity. Warland et al. (2018) v tejto súvislosti upozorňujú na možné skreslenie pri spätnom vybavovaní si pocitu v tehotenstve a priradovaní významu jednotlivým udalostiam. Hovoria o tzv. „recall negativity bias“, kvôli ktorej si ľudia prirodzene výraznejšie pamätajú negatívne udalosti. Z tohto pohľadu je možné, že určitá časť žien v kontrolnej skupine taktiež zažívala istú predtuchu, avšak vďaka

pozitívnej skúsenosti s následným pôrodom si tieto pocity nepamätá. Aj so zohľadnením limitov je však rozdiel medzi skupinami pomerne výrazný a je nepravdepodobné, že by bol vysvetlený len týmto skreslením.

Pocit predtuchy bol u žien vo väčšine štúdií spojený s menším množstvom pohybov, prípadne ich úplnou absenciou. Mnoho žien sa však domnieva, že znížené množstvo pohybov je vo finálnom štádiu tehotenstva štandardné, preto nevyhľadajú lekára prípadne návštevu oddialia napríklad až o 24 hodín.

1.3.2 Priebeh pôrodu a jeho prežívanie

Podľa odporúčaní platných v Českej republike ako aj v zahraničí je pri pôrode mŕtveho dieťaťa preferovaný vaginálny pôrod, a to aj v prípade polohy pozdĺžnej koncom panvovým (Gold et al., 2016; Procházka et al., 2014) alebo u žien po predchádzajúcom pôrode cisárskym rezom (Gold et al., 2016). Cisársky rez je odporučený len v prípadoch bezprostredného ohrozenia života ženy, existencie kontraindikácie k vaginálnemu pôrodu alebo keď dieťa nie je možné za použitia dostupných pôrodných metód bezpečne porodiť (Procházka et al., 2014). Gold et al. (2016) upozorňujú na komplikácie, ktoré sú podľa ich štúdie pri pôrode mŕtveho dieťaťa častejšie v porovnaní s pôrodom živého dieťaťa. Z celkového počtu 543 žien sa najčastejšie jednalo o komplikácie v podobe pôrodu v polohe koncom panvovým (27 %), zadržanej placenty (23 %), popôrodného krvácania (10 %), cisárskeho rezu (8 %) alebo dystokie ramienok (4 %).

Pôrod mŕtveho dieťaťa je spojený s fyzickou, emocionálnou a kognitívnou traumou (Cacciatore, 2010) a pre ženy predstavuje neočakávanú a ťažko predstaviteľnú situáciu. Rodičia nie sú pripravení na skutočnosť, že aj keď dieťa zomrie, žena ho musí priviesť na svet a absolvovať samotný pôrod (Kelley & Trinidad, 2012). V prvej chvíli je pre veľa žien porodenie mŕtveho dieťaťa nepredstaviteľné a nepochopiteľné (Ratislavová, 2016).

Na prežívanie matiek počas pôrodu mŕtveho dieťaťa sa vo svojom výskume zamerali Trulsson & Rådestad (2004), ktorí absolvovali rozhovory s 12 ženami v časovom rozmedzí 6 – 18 mesiacov od pôrodu. Všetky ženy bezprostredne po konzultácii s lekármi vnímali odporúčenie vaginálneho pôrodu ako hroznú a nevideli význam v rodení mŕtveho dieťaťa prirodzenou cestou, po čase však tento priebeh akceptovali a zamerali svoju pozornosť na zvládnutie tejto situácie. Prvotné pocity zlyhania z toho, že ženy nemohli porodiť živé dieťa, vystriedali po zvládnutí pôrodu pocity posilnenia a hrdosti. Bezprostredne po pôrode niektoré

ženy cítili pocity bezmoci, intenzívneho smútku a bolesti, ktoré sa ešte viac zintenzívnili pri pohľade na ich mŕtve dieťa (Ryninks et al., 2014).

Hlavnými témami, ktoré sa v rozhovoroch objavujú je strach z toho, ako bude dieťa vyzerat' a súčasne strach z kontaktu s mŕtvym telom, následné prekvapenie z toho, ako dieťa vyzeralo a šok z úplného ticha, ktoré po narodení dieťaťa zavládlo (Ryninks et al., 2014; Trulsson & Rådestad, 2004). V štúdiu od Sanchez (2001) matky, ktoré boli personálom vopred pripravené spätne oceňujú, že vedeli, ako bude dieťa vyzerat'. Vo výpovedi jednej zo žien sa objavila ľútosť nad tým, že jej nikto nepovedal, že „to bude vyzerat' ako reálne bábätko“. Výrazne negatívne bolo vnímané odlúčenie od dieťaťa kvôli umývaniu a následné vrátenie okúpaného dieťaťa bez telesného tepla.

Podľa výpovedí v niekoľkých kvalitatívnych štúdiách je potrebné matky pripraviť na momenty nadväzujúce na samotný pôrod. Trulsson & Rådestad (2004) odporúčajú ženu informovať, že dieťa bude hneď po narodení teplé ale tiché. Ako užitočné sa tiež ukazuje poskytnutie materiálov o perinatálnej strate vo forme brožúry ešte pred pôrodom (Sanchez, 2001).

1.4 Starostlivosť v pôrodnici

V súvislosti s pôrodom mŕtveho dieťaťa alebo novorodenca ohrozeného na živote je zásadným faktorom ovplyvňujúcim prežívanie matiek kontakt s personálom v pôrodnici. Starostlivosť v pôrodnici má vplyv nielen na aktuálne rozpoloženie matiek ale aj na následné spomienky, integráciu tejto skúsenosti do svojho života a schopnosť vyrovnávania sa so stratou v dlhodobom horizonte (Ravaldi et al., 2018).

V posledných rokoch prešla starostlivosť o ženy po perinatálnej strate značným vývojom. Informácie o skúsenostiach žien v pôrodnici a ich potrebách sú dostupné prevažne z kvalitatívnych štúdií, ktoré pomáhajú porozumieť ich subjektívnej skúsenosti. Poznatky z výskumov naznačujú, že v starostlivosti o ženy v priebehu pôrodu a po ňom je dôležitá emocionálna podpora (Wilson et al., 2024), empatická komunikácia (O'Connell et al., 2016; Peters et al., 2016) a jasné informácie o všetkom, čo sa bude diať (Trulsson & Radestadt, 2004). Okrem nastavenia očakávaní a prípravy ženy na ďalšie kroky majú informácie zmysel aj z hľadiska splnomocnenia ženy v prípadnom rozhodovaní (Tirado et al., 2023). Niektorí rodičia uvádzali, že napriek veľkej snahe neboli v danej chvíli schopní vstrebať informácie, ktoré im personál poskytol (Downe et al., 2013). Tento poznatok kladie ešte väčší doraz na vhodné

načasovanie a zrozumiteľnosť v komunikácii. Niektorí rodičia hľadajú v personále oporu a veľmi oceňujú aktívne vedenie z ich strany, čo jeden z participantov výskumu (Martinez-Serrano et al., 2019, s. 41) popísal nasledovne: „*bud' vám pomôžu alebo vás navedú alebo nemôžete spraviť žiadne rozhodnutie, lebo prežívate totálnu nočnú moru.*“ Väčšina žien chce vedieť príčinu smrti dieťaťa (Sereshti et al., 2016; Wilson et al., 2024), čo im môže pomôcť spracovať pocity viny a súčasne im poskytnúť určité uistenie, že personál robil pre záchranu dieťaťa všetko, čo bolo v ich silách (Sereshti et al., 2016). Pokiaľ ženy nemajú dostatok informácií, majú tendenciu hľadať vinu v sebe alebo v zdravotníckom personále (Martinez-Serrano et al., 2019).

Vo viacerých štúdiách sa v súvislosti so starostlivosťou objavuje dôraz na chránenie dôstojnosti dieťaťa, ako aj rodičov (Sereshti et al., 2016; Tirado et al., 2023). Niektoré matky vyjadrovali, ako bolestivé pre ne bolo, keď personál hovoril o ich dieťati ako o „potrate“, „plode“, alebo ho nazývali zámenom „to“ (Nordlund et al., 2012). Tento minimalizujúci jazyk bolo pre ne ťažké akceptovať aj v administratívnej komunikácii, napríklad na prepúšťacej správe, ktorú v pôrodnici dostali (Camacho-Avila et al., 2019). Štandardne ženy mŕtvonarodené bábätko pomenujú (Gravensteen et al., 2013; Nuzum et al., 2018) a oceňujú, keď zdravotníci v komunikácii toto meno používajú (Downe et al., 2013; Kingdon et al., 2015). Vo vzťahu k dieťaťu matky oceňovali opatrné a úctivé zaobchádzanie zo strany personálu (Downe et al., 2013). V štúdiu od Nordlund et al. (2012) ženy popisujú hlboké pocity smútku, ktoré zažívali, pokiaľ od personálu necítili rešpekt k bábätku. To vnímali napríklad jeho ignorovaním alebo opomenutím komunikácie smerom k matke, pričom jedna zo žien vyjadrovala ľútosť nad tým, že jej personál neponúkol možnosť prestrihnutia pupočnej šnúry. Výsledky niekoľkých výskumov naznačujú, že matky po strate by nemali byť umiestnené do rovnakej časti budovy, ako matky po štandardnom pôrode (Heaney et al., 2022; Tirado et al., 2023). Počúť plač živých bábätiok pre tieto matky predstavuje značný diskomfort a prehľbuje to ich utrpenie (Kelley & Trinidad, 2012; Nordlund et al., 2012; Zhuang et al., 2023). Stretnutie s ostatnými rodičmi tiež môže evokovať pocity žiarlivosti (Nuzum et al., 2018).

Mnoho zdravotníkov vo výskumných rozhovoroch priznáva, že pre nich nie je ľahké voliť po pôrode mŕtveho bábätko vhodné slová a často nevedia, čo majú povedať (Kelley & Trinidad, 2012). Tirado et al. (2023) porovnaním viacerých štúdií dospeli k záveru, že postoje personálu k starostlivosti pri perinatálnej strate ovplyvňujú osobné (vek, profesijné skúsenosti, vzťah k deťom), externé (podpora inštitúcie, kolegov, príčina úmrtia) alebo kultúrne faktory (napr. stigmatizácia). Davoudian et al. (2021) na základe poznatkov z množstva štúdií zhrnuli

konkrétne odporúčenia, ktoré je možné v komunikácii s matkou uplatniť. Upozorňujú, že nie je vhodné používať frázy ako „Môžete to skúsiť znova“ alebo „Príroda to tak zariadila“, ktoré sú vnímané ako značne necitlivé. Okrem vyjadrenia ľútosti a aktívneho naslúchania odporúčajú adresovať možné pocity viny a pripomenúť matke, že nie je nič, čo mohla urobiť, aby úmrtiu dieťaťa zabránila. Personál môže citlivo zvolenými otázkami nasmerovať matku k zdrojom a podpore od jej blízkeho okolia (Bennett et al., 2005). Vhodné je tiež navrhnúť psychosociálnu pomoc a kontrolu v rámci následnej starostlivosti. Po prepustení z pôrodnice sa ako prínosné zdá zaradiť do starostlivosti ďalšie sledovanie matiek, napríklad vo forme kontrolného vyšetrenia alebo telefonického kontaktovania niekoľko týždňov po pôrode (Bennett et al., 2005; Martinez-Serrano et al., 2019; O'Connell et al., (2016); Sereshti et al., 2016; Zhuang et al., 2023).

Zdravotnícky personál má výrazný vplyv na vyrovnávanie sa so stratou, a to hneď v dvoch rovinách - vyvarovaním sa, aby svojim prístupom nespôsobili ešte väčšiu traumu a posilnením schopnosti zvládania matky formou vhodne zvolenej komunikácie (Trulsson and Radestadt, 2004). Jednou z hlavných potrieb zdravotníckeho personálu vo vzťahu k poskytovaniu perinatálnej paliatívnej starostlivosti je špecializované vzdelávanie (Poláková et al., 2023). Ako efektívny sa ukazuje byť komplexný edukačný program formou e-learningu a osobných workshopov (Ratislavová & Štípková 2020).

Špecifickou oblasťou starostlivosti v perinatálnom období je poskytovanie perinatálnej paliatívnej starostlivosti. Jedná sa o koordinovanú starostlivosť pozostávajúcu z pôrodnickej a novorodeneckej starostlivosti, ktorá má za cieľ skvalitnenie života novorodencov s rôznymi život limitujúcimi diagnózami (Perinatal Palliative Care, 2019). Okrem novorodencov môžu z tejto starostlivosti významne profitovať aj iné skupiny pacientov, napríklad deti narodené na hranici viability alebo mŕtvonarodené deti a ich rodičia (Dombrecht et al., 2023; Poláková et al., 2023). Rozvoj perinatálnej paliatívnej starostlivosti momentálne prebieha aj v Českej republike, kde sa tejto problematike venuje Centrum paliatívni péče. V roku 2023 bola vydaná analýza Současný stav a možnosti rozvoje perinatální paliatívni péče v České republice (Poláková et al., 2023), ktorá na základe výskumu zameraného na skúsenosti zdravotníckych a sociálnych pracovníkov popisuje praktické aspekty a možné bariéry poskytovania perinatálnej paliatívnej starostlivosti.

2. Psychologické aspekty perinatálnej straty

Predchádzajúca kapitola naznačila možné podoby perinatálnej straty, prežívanie pôrodu a odporúčenia v zdravotníckej starostlivosti. Nasledujúci text je zameraný na prežívanie momentu kontaktu s bábätkom, jednotlivé aspekty trúčlenia po perinatálnej strate a koncept post-traumatického rastu.

2.1 Kontakt s dieťaťom

Dôležitou témou v súvislosti s pôrodom mŕtveho dieťaťa alebo úmrtím novorodenca je prístup ku kontaktu matky s jej dieťaťom, a to ako z hľadiska odporúčenia personálu, tak aj z pohľadu zohľadnenia poznatkov, ktoré k tejto otázke existujú v súvislosti s následným ovplyvnením trúčlenia a psychického zdravia ženy. Táto kapitola poskytuje pohľad do tematiky kontaktu s novorodencom v paliatívnej starostlivosti a kontaktu s mŕtvonarodeným dieťaťom. Následne sa venuje zhrnutiu aktuálnych poznatkov o vplyve kontaktu s mŕtvym dieťaťom na následné vyrovnávanie sa so stratou.

2.1.1 Kontakt s novorodencom v paliatívnej starostlivosti

V prípadoch novorodeneckého úmrtia v dôsledku predčasného pôrodu, vrodenných vývojových chýb alebo iných komplikácií, majú ženy k dispozícii len značne obmedzený čas so svojím bábätkom. Aj preto je pre ne veľmi dôležité, aby mali možnosť tieto chvíle stráviť zmysluplne a vnímali prostredie okolo nich ako podporujúce a súcitné (Lakhani et al., 2023). Fyzický kontakt s novorodencom, pokiaľ je ešte nažive, umožňuje matkám vytvoriť si k dieťaťu dôležité puto, ktoré im pomáha so spracovávaním smútku po jeho smrti (Thornton et al., 2019).

Významnou súčasťou kontaktu s bábätkom, ktorému zostáva len pár hodín až dní života, je možnosť zapojenia rodičov do starostlivosti a podporenie ich rodičovských inštinktov. Tie zahŕňajú prirodzené gestá náklonnosti a blízkosti ako držanie, objímanie alebo bozkávanie bábätka (Lathrop & Vandevusse, 2011). Matky vo viacerých štúdiách (Lathrop & Vandevusse, 2011; Thornton et al., 2019) popisujú, ako dôležité pre ne bolo kúpanie, obliekanie alebo zavínanie bábätka a ako veľmi potrebovali získať príležitosť „byť rodičom“ a zažiť klasické „mamičkovské aktivity“. Tieto chvíle strávené starostlivosťou o svoje bábätko majú okrem vytvárania spomienok veľký význam aj pre identifikovanie sa s novou materskou rolou. Zároveň pomáhajú nachádzať rodičom zmysel v procese vyrovnávania sa so smrťou a umožňujú zažívať pocit pretrvávajúceho putu so svojím dieťaťom (Lakhani et al., 2023).

Ako zásadné sa pre ženy ukazuje aj uznanie ich rodičovskej role zo strany personálu. Redshaw et al. (2021) sa vo svojom výskume zamerali na skúsenosti žien so starostlivosťou na jednotke intenzívnej starostlivosti pred úmrtím ich novorodenca. Okrem dôležitosti fyzického kontaktu s bábätkom ženy najviac vyzdvihovali silnú potrebu, aby k nim okolie v nemocnici pristupovalo ako k matke a umožnilo im túto rolu adekvátne zastávať. Oceňovali, keď ich personál zapojil do rozhodovania o všetkých aspektoch starostlivosti, zaujímal sa o ich preferencie a informoval ich o všetkých možnostiach. Touto cestou mohli získať aspoň čiastočnú kontrolu nad situáciou, v ktorej v tej chvíli vnímali veľkú bezmocnosť.

2.1.2 Kontakt s mŕtvonarodeným dieťaťom

Odborné odporúčania ohľadom kontaktu s mŕtvonarodeným dieťaťom prechádzali svojim vývojom v čase. Do roku 1970 boli rodičia prevažne odradzovaní od kontaktu s mŕtvym dieťaťom a v niektorých prípadoch im v tom dokonca personál zabránil (Warland et al., 2011). Neskôr sa tejto téme začali venovať mnohé výskumy a začala sa prikladať dôležitosť praniu rodičov držať svoje narodené dieťa. V roku 1985 boli vo Veľkej Británii zverejnené nové odporúčané postupy, ktoré podporovali rodičov v tom, aby videli a držali svoje mŕtvonarodené dieťa. Rodičia mali byť upozorňovaní na to, že keď kontakt s dieťaťom odmietnu, môže to mať negatívny dopad na ich trúchlenie a spätne to môžu ľutovať (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, in Hughes et al., 2002). V roku 2002 boli zverejnené výsledky štúdie od Hughes et al., ktoré boli v rozpore s vtedy platnými odporúčaniami a naznačovali, že ženy, ktoré svoje mŕtve dieťa nevideli a nedržali zvládali situáciu po psychickej stránke lepšie. Odvtedy bolo publikovaných viac štúdií zameraných na túto tému, ktoré kontakt s bábätkom podporili, ale aj také, ktoré upozorňujú na riziká s ním spojené, prípadne spôsob, akým riziká eliminovať.

Odborníci sa v súčasnej dobe zhodujú v tom, že matka by nemala byť do žiadneho postupu alebo rozhodnutia ohľadom kontaktu s dieťaťom nútená. Zaujímavý podnet k zamysleniu priniesol výskum od Cacciatore & Bushfield (2007), na základe ktorého vzniká otázka, či vôbec má byť kontakt s dieťaťom téma k riešeniu. Podľa nich hrá významnú rolu postoj personálu. V prípade, že personál považuje držanie mŕtveho dieťaťa po pôrode za rovnako normálne, ako priloženie živého dieťaťa, matka tento kontakt vníma pozitívne. Avšak v prípade, že je matke predstretá možnosť kontaktu s dieťaťom ako „vec k riešeniu“, o ktorej musí rozhodnúť, môže to vytvárať pocit istej abnormality alebo neakceptovania. Nižšia miera depresívnych symptómov sa objavovala u matiek, u ktorých kontakt s dieťaťom nebol predmetom diskusie a videli dieťa bez toho, aby im bola aktívne ponúknutá iná možnosť

(Cacciatore & Bushfield, 2007). Podobný trend naznačuje aj výskum od Erlandsson et al. (2013), v ktorom sa napriek štatisticky nesignifikantným záverom ukazuje, že matky, ktorým bolo priložené bábätko bez explicitného opýtania sa cítili prirodzene, dobre a menej vystrašene. Podľa autorov je neprirodzené, pýtať sa matky, či chce vidieť svoje dieťa a môže to mať za následok vytvorenie pochybností o tom, či chcú akceptovať mŕtve dieťa vo svojich rukách. Preto odporúčajú podporiť matkin prirodzený inštinkt vidieť svoje dieťa, a to najmä vhodným prístupom a starostlivosťou, ktorá sa neodlišuje od tej v prípade narodenia živého dieťaťa.

Výskumy naznačujú, že možnosť kontaktu s mŕtvonarodeným dieťaťom môže byť ovplyvnená aj kultúrnym kontextom, prípadne stavom zdravotníckej starostlivosti v jednotlivých krajinách. Ratislavová et al. (2016) vo svojom výskume v Českej republike zistili, že 56 % matiek po perinatálnej strate nevidelo svoje dieťa, v porovnaní so zahraničnými štúdiami, kde sa jedná len o 5-9 % matiek. Dôležité je zmieniť, že tento výskum prebiehal v rokoch 2011 – 2014 a je teda pravdepodobné, že v súčasnej dobe by vďaka osвете a rozvoju perinatálnej paliatívnej starostlivosti toto číslo bolo o niečo nižšie.

Ako emočne náročný moment ženy popisujú separáciu od dieťaťa, ktorá nastáva keď po rozlúčení musia dieťa odovzdať do rúk personálu a odísť domov s prázdnyimi rukami. Niektoré matky akt predania dieťaťa do rúk niekomu, koho nepoznajú, popisujú ako veľmi neprirodzený a prirovnávajú ho k pocitu opustenia dieťaťa (Lindgren et al., 2014).

2.1.3 Vplyv kontaktu s mŕtvym dieťaťom na duševné zdravie matky

V otázke vhodného prístupu ku kontaktu s mŕtvym dieťaťom je potrebné sa venovať aj možným dopadom na duševné zdravie matky. V prípade, že je pre ženy zabezpečená dostatočná podpora v rozhodovaní, väčšina z nich chce vidieť a držať svoje dieťa (Erlandsson et al., 2013; Ratislavová et al., 2016; Wilson et al., 2015). Výrazná väčšina žien, ktoré sa rozhodli pre kontakt s bábätkom svoje rozhodnutie neľutovala (Hennegan et al., 2015; Sun et al., 2023), kdežto ženy, ktoré sa rozhodli dieťa nevidieť často toto rozhodnutie spätne ľutovali (Cacciatore & Flint, 2012; Gravensteen et al., 2013; Ratislavová et al., 2016). Ukazuje sa, že smútenie matiek, ktoré sa o kontakte s bábätkom rozhodnú samostatne môže byť menej intenzívne, než u žien, ktoré vnímajú, že toto rozhodnutie za ne spravil personál (Ratislavová et al., 2016). V rozhovoroch boli ženy vďačné za povzbudenie ku kontaktu s bábätkom a považovali by za vhodné prikladať ešte väčší dôraz na podporu kontaktu zo strany personálu (Trulsson & Rådestad, 2004). Ženy popisujú zmiešané emócie vyvolané videním a držaním bábätka, prevažná väčšina však vnímala tento zážitok pozitívne (Gravensteen et al., 2013).

V diskusii o vplyve kontaktu s bábätkom na duševné zdravie matky a následný proces trüchlenia nepanuje medzi výskumníkmi zhoda a odporüczenia sa v rozliöných obdobiach menia. Redshaw et al. (2016) na základe svojho výskumu predpokladajú, že držanie bábätka je spojené s horším psychickým zdravím, hlavne v prejavoch úzkosti. Aj podľa dát od Hughes et al. (2002) mali ženy, ktoré svoje dieťa nevideli a nedržali menej symptómov úzkosti a post-traumatickej stresovej poruchy a v nasledujúcom tehotenstve vykazovali nižšiu mieru depresie. Otázkou však je, či boli na kontakt s dieťaťom nejakým spôsobom pripravené a do akej miery vychádzalo rozhodnutie o kontakte z ich vlastného priania. Autori v texte popisujú svoje dojmy z výpovedí matiek, ktoré podľa nich boli situáciou šokované, nemali žiaden plán, ako ku kontaktu s dieťaťom pristúpiť a podriadili sa čomukoľvek, čo od nich bolo očakávané. Niektoré ženy boli ku kontaktu s dieťaťom presvedčené personálom s argumentom že „to bude pre ne takto lepšie“ (Hughes et al., 2002). Spätne je možné sa len domnievať, či by výsledky vyšli podobné aj v prípade, že by sa matky mohli informovane rozhodnúť podľa vlastného priania a s podporou personálu, ktorý by ich na okamihy po pôrode vopred pripravil, alebo k nim pristupoval prirodzene, ako pri pôrode živého dieťaťa. Súvislosť psychických ťažkostí v ďalšom tehotenstve a držania dieťaťa podporila aj iná štúdia (Cacciatore & Bushfield, 2007), avšak keďže sa inak kontakt s dieťaťom ukazuje ako prospešný a tento negatívny efekt je len prechodným stavom, autori odporüčajú namiesto odradzovania matiek od kontaktu zabezpečiť psychologickú podporu v nasledujúcom tehotenstve.

Za účelom zistenia súvislosti medzi kontaktom s bábätkom a mentálnym zdravím žien bolo vypracovaných niekoľko systematických prehľadových štúdií alebo metaanalýz, ktoré sa vo svojich výsledkoch nezhodujú. Kingdon et al. (2015) sa na základe porovnania výsledkov rôznych štúdií prikláňajú k názoru, že kontakt s dieťaťom je pre ženy celkovo prospešný. Mnohé matky ho vnímali ako nápomocný pri zmierovaní sa so svojou stratou a zároveň to bol jediný čas, kedy si mohli vytvoriť spomienky na svoje dieťa. Veľa zo žien spätne ľutovalo, že čas, ktorý strávili s bábätkom nebol dostatočne dlhý. U týchto žien sa ukázalo sedemkrát vyššie riziko rozvoja depresie alebo úzkosti tri roky po pôrode. V ďalšej zo štúdií (Hennegan et al., 2015) autori nenašli žiadne jasné dôkazy pre vplyv kontaktu alebo naopak odmietnutia kontaktu na mentálne zdravie, neprikláňajú sa teda vo svojich záveroch ani na jednu stranu. Najnovšia metaanalýza na túto tému (Sun et al., 2023) prišla k záveru, že kontakt s bábätkom vo väčšine prípadov zvyšoval riziko úzkosti, depresie a post-traumatickej stresovej poruchy. Podľa autorov vizuálny a hmatový kontakt s mŕtvym bábätkom vytvára bolestivejšie predstavy a spomienky, čo sa následne prejaví aj na procese trüchlenia.

Duševné zdravie matky po pôrode mŕtveho dieťaťa alebo úmrtí novorodenca ovplyvňuje veľké množstvo faktorov a je potrebné sa nad nimi zamyslieť v celej svojej komplexnosti. Zmienené štúdie okrem vyzdvihnutia pozitívneho vplyvu držania bábätko naznačujú aj isté riziká a vo výsledných odporúčaní sa nezhodujú. Je však na mieste ďalej preskúmať, či riziká vychádzajú skutočne zo samotného kontaktu s bábätkom alebo či sa jedná o vplyv iných faktorov, napríklad nedostatočného času stráveného s dieťaťom. Niektorí rodičia vo svojom rozprávaní popisujú, že sa cítili tlačení do urýchlenia rozlúčky s dieťaťom zo strany personálu (Cacciatore & Flint, 2012). Rådestad et al. (1996b) zistili, že úzkosť žien bola nižšia v prípadoch, kedy žena mala možnosť s dieťaťom stráviť tak dlhý čas, ako si sama priala a zároveň si mohla vytvoriť spomienkový predmet, ktorý jej bábätko pripomínal. Dlhší čas s dieťaťom zároveň pripravuje matku na moment odlúčenia, keďže majú možnosť pozorovať fyzické zmeny na tele, ktoré im naznačujú, že blížiaci sa separácia od dieťaťa je nevyhnutná (Lindgren et al., 2014).

Wilson et al. (2015) sa na základe výsledkov výskumu domnievajú, že matky, ktoré boli v kontakte s bábätkom môžu prežívať intenzívnejšie pocity „aktívneho smútenia“ (t. j. smútok, clivosť, plakanie za bábätkom), ktorý však nutne nemá preukázateľný negatívny dopad na ich duševné zdravie. Podľa nich je potrebné nezaoberať sa len zjednodušenou problematikou, či vidieť bábätko, ale zamerať sa predovšetkým na celkové hodnotenie kvality poskytovanej starostlivosti a kontext, v ktorom sa rozhodovanie rodičov odohráva (Wilson et al., 2015, s. 342).

2.1.4 Tvorba spomienok

V čase strávenom s bábätkom má mnoho žien túžbu vytvoriť si okrem spomienok aj hmatateľné predmety, ktoré by im bábätko pripomínali. V posledných rokoch sa tvorba spomienok po úmrtí bábätko stáva dôležitou súčasťou perinatálnej paliatívnej starostlivosti. Spomienky si rodičia môžu uchovávať vo forme fotografií alebo rôznych predmetov, napríklad odtlačkov ručičiek, nožičiek alebo pramienkov vlasov. Do popredia sa v Českej republike aj v zahraničí dostávajú tzv. memory boxy, ktoré obsahujú oblečenie, háčkované hračky, sadu pre tvorbu odtlačkov a iné spomienkové predmety. Okrem vytvárania samotných spomienok má táto prax význam aj v podporovaní rodičovských kompetencií a umožnení rodičom starať sa o svoje bábätko po dobu, ktorú s ním majú možnosť stráviť (Dítě v srdci, 2024). Z výskumov vyplýva, že tieto spomienky matky považujú za veľmi cenné a väčšina z nich by si priala, aby si ich boli bývali urobili viac (Crawley et al., 2013).

Matky po perinatálnej strate majú buď veľmi obmedzené alebo žiadne možnosti pre zhotovenie fotky svojho živého dieťaťa, čo môže byť jeden z dôvodov prečo spätne veľmi oceňujú fotografie vytvorené počas času stráveného lúčením sa s bábätkom. Rodičia, ktorí posmrtné fotky dieťaťa nemajú, to často po čase ľutujú (Blood & Cacciatore, 2014; Oxlad et al., 2023). Lútosť sa u niektorých rodičov objavuje aj v súvislosti s nedostatočným množstvom fotiek, ich kvalitou alebo typom fotografie (Blood & Cacciatore, 2014). Výskumy poukazujú na potenciálny prínos fotografií pre následný proces trúchlenia. Fotografie môžu dopomáhať k udržovaniu citovej väzby s bábätkom (Vivekananda et al., 2024) napríklad aj tým, že pre rodičov umožňujú zachytenie „fyzických prvkov rodičovstva“ a vytvárajú vizuálny záznam ich prepojenia s dieťaťom (Tovey & Turner, 2020, s. 16). Myšlienka fotenia mŕtveho tela dieťaťa alebo vytváranie odtlačkov môže v prvotnej chvíli v ženách vyvolávať zmiešané emócie. Ženy sa často nevedia zorientovať v tom, či je takéto vytváranie spomienok v poriadku, preto potrebujú v tejto chvíli podporu a citlivé vedenie skúseného personálu. Počiatočný šok a silný smútok má vplyv na ich rozhodovanie a vnímanie toho, čo by mohlo pre ne byť pre nápomocné v dlhodobom horizonte. Ženy aj muži v súvislosti s vytváraním spomienok vo viacerých štúdiách vyjadrovali potrebu aktívneho vedenia a praktickej podpory zo strany personálu (Oxlad et al., 2023; Thornton et al., 2019). Ženy v rozhovoroch uvádzajú, že boli veľmi vd'ačné za predstavenie spomienkových aktivít personálom, nakoľko by ich to samé v tej chvíli nenapadlo (Clarke & Connolly, 2022). Niektoré ženy si potrebu vlastnenia fotky svojho dieťaťa uvedomia až s odstupom času a kontaktujú nemocnicu s nádejou, že nejaké fotky uchovala, aj keby to boli len fotky z pitvy (Martínez-Serrano et al., 2019).

Ukazuje sa, že posmrtné rituály zmierňujú pocit bezmocnosti a pomáhajú matkám získať určitú kontrolu nad bolesťou zo straty (Cacciatore & Flint, 2012). Bez ohľadu na dĺžku života ich dieťaťa, matky vnímajú hmatateľné spomienky, ktoré si môžu ponechať, vystaviť alebo ukázať ostatným, ako veľkú pomoc v procese smútenia (Lakhani et al., 2023). Matky vo svojich výpovediach vyjadrovali súčasne s pocitom zúfalstva aj pocit hrdosti a šťastia z dieťaťa, ktoré porodili (Ryninks et al., 2014). Crawley et al. (2013) sa vo svojom výskume venovali súvislosti medzi zdieľaním spomienok a mentálnym zdravím žien po narodení mŕtveho dieťaťa. Približne 90 % zúčastnených žien zdieľalo svoje spomienky na bábätko rozprávaním sa s partnerom, rodinou alebo priateľmi. Viac než polovica z nich zdieľala s okolím fotografie alebo spomienkové predmety a viac než štvrtina o svojom bábätku písala. Výsledky upriamili pozornosť na skutočnosť, že ženy ktoré zdieľali spomienky s okolím vo väčšej miere mali súčasne menej symptómov post-traumatickej stresovej poruchy. Podobné

závery popisujú Vivekananda et al. (2024), ktorých výsledky naznačujú súvislosť medzi zdieľaním fotografií a nižšou pocit'ovanou intenzitou smútku. Zdá sa teda, že pre vyrovnávanie sa s úmrtím dieťaťa môže byť dôležité nielen samotné vytvorenie spomienok, ale aj miera ich zdieľania s blízkym okolím.

2.2 Trúchlenie

Po pôrode bábätka a rozlúčení sa s ním, či už formou priameho kontaktu alebo vo svojich myšlienkach, sa u matiek naplno rozvinie fáza trúchlenia. Trúchlenie po perinatálnej strate je komplexnou skúsenosťou s mnohými ovplyvňujúcimi faktormi a zároveň sa vyznačuje veľmi individuálnym a subjektívnym prežitkom (Ridaura et al., 2017). Smútok v súvislosti s trúchlením je často spojený s úzkosťou, pocitmi viny, seba obviňovaním, depresívnymi symptómami alebo túžbou po dieťati (Black et al., 2016). Táto kapitola rozpracováva proces trúchlenia a jeho jednotlivé fázy, ktoré sú zasadené do rámca teoretických modelov. Ďalej sa venuje protektívnym a rizikovým faktorom, ktoré tento proces ovplyvňujú a približuje koncept komplikovaného zármutku a jeho možné príčiny. Popísané sú tiež poznatky o dlhodobých následkoch perinatálnej straty a psychologické intervencie, ktoré sa ukazujú ako potenciálne účinné.

2.2.1 Proces trúchlenia

Úmrtie dieťaťa v perinatálnom období predstavuje veľmi ojedinelú a paradoxnú skúsenosť, v ktorej sa spája okamih privedenia dieťaťa na svet s bezprostredným úmrtím (Martínez-Serrano et al., 2019). Mnoho ľudí sa domnieva, že krátka dĺžka života bábätka nejakým spôsobom urýchľuje alebo zľahčuje vyrovnávanie sa so stratou. V skutočnosti je však úmrtie dieťaťa vždy veľmi traumatická skúsenosť a vek v čase úmrtia neovplyvňuje samotnú intenzitu prežívania, môže len do istej miery súvisieť so špecifickými problémami smútenia rodičov (Cordell & Thomas, 1997).

Za účelom vysvetlenia priebehu trúchlenia pozostalých rodičov vzniklo niekoľko modelov popisujúcich jednotlivé štádiá.

2.2.1.1 Wrightovej teória „pushing on“

Wright (2010) vytvorila na základe procesu zakotvenej teórie model s názvom „pushing on theory“, ktorý identifikuje sedem komponentov materského perinatálneho trúchlenia. Hlavným komponentom, ktorý prestupuje cez všetky štádiá modelu, je „pushing on“ (voľne preložené ako „tlačenie vpred“). Tento komponent vyjadruje určitú vrodenu odolnosť trúchliacej matky, ktorá ju v podobe istej hybnej sily prevádza celým procesom. Jednotlivé

štádiá sú popísané chronologicky - prežívanie tehotenstva, strata dieťaťa, nesenie bremena, spracovanie straty, zmierenie sa a žitie nového života.

Jedným z hlavných charakteristík tohto modelu je dôraz na vnútorné zdroje ženy, ktoré sú kľúčovým prvkom v prenesení sa cez obdobie trúchlenia. Autorka vyjadruje presvedčenie, že táto sila ženu tlačí vpred a pomáha jej prežiť stratu, zvládnuť bolesť, nájsť podporu v období izolácie a integrovať túto skúsenosť do svojho života. Okrem toho upriamuje pozornosť na silné puto matky s dieťaťom už počas prvých okamihov tehotenstva a zavádza pojem „prenatálne materstvo“, ktoré vyjadruje snahu matky o zabezpečenie zdravia a bezpečia pre svoje dieťa od úplného počiatku gravidity.

2.2.1.2 Milesovej model procesu trúchlenia

Miles (1985) vytvorila model popisujúci trúchlenie rodičov, ktorý tento proces rozdeľuje do troch základných štádií – obdobie otupenosti a šoku (akútny distress), obdobie intenzívneho smútku a obdobie reorganizácie. Pre lepšie pochopenie psychického prežívania v období trúchlenia budú v nasledujúcej časti popísané tieto tri štádiá, doplnené o poznatky z aktuálnych štúdií.

- **Obdobie otupenosti a šoku**

Prvá akútna fáza sa vyznačuje pocitmi otupenosti, šoku, nedôverou, popieraním a neskutočnosťou situácie. Rodičia popisujú svoje prežívanie ako keby sa ocitli v hmle, alebo mimo reality, pričom tento okamih sa im spätne ťažko vybavuje. Podľa Miles (1985) je práve táto reakcia určitou prípravou, ktorá dáva rodičom čas na postupné uvedomenie si tejto obrovskej straty. Silné prežívanie rodičov, v ktorom sa často miešajú pocity hnevu, bezmocnosti, frustrácie alebo viny, môže vyústiť do rozličných behaviorálnych prejavov. Od neschopnosti fungovať a robiť rozhodnutia, cez popieranie reality a správanie sa, akoby sa nič nestalo, až po hysterické až agresívne reakcie (Miles, 1985). U žien sa po smrti dieťaťa v dôsledku ohromujúcich pocitov smútku môžu rozvinúť duševné problémy, ako je depresia alebo úzkosti (Lowdermilk et al., 2016).

- **Obdobie intenzívneho smútku**

Nakoľko v prvotnej fáze poskytuje pocit otupenosti pozostalým rodičom určitú ochranu pred prežívaním v plnej sile, po zmiernení pocitov otupenosti sa zvyšuje intenzita epizód bolesti, paniky a depresie. Štádium intenzívneho smútku obvykle trvá v porovnaní s prvou fázou dlhšiu dobu a typické sú preň pocity osamelosti, bezmocnosti a prázdnoty. Ženy môžu pociťovať hlbokú a veľmi bolestivú túžbu znova vidieť a držať svoje dieťa (Miles, 1985). Môžu

sa pridávať aj pocity žiarlivosti a hnevu v súvislosti s tehotnými ženami v ich okolí. (Fenstermacher, 2014).

Psychické prežívanie je sprevádzané aj fyzickými prejavmi, ženy môžu cítiť bolesť rúk z túžby po držaní dieťaťa alebo mať pocit, že počujú detský plač. Výraznou pripomienkou straty je stále trvajúca laktácia, ktorá je súčasťou normálneho fyziologického popôrodného stavu (Lowdermilk et al., 2016). V jednej zo štúdií (Fenstermacher, 2014) bola určitá časť žien prekvapená zo spustenia laktácie, nakoľko ju neočakávali. Aj ženy, ktoré boli o spustení laktácie vopred informované, ju vnímali ako extrémne bolestivú a horšiu, než si predstavovali. U niektorých žien sa môže objaviť túžba laktáciu predlžovať z dôvodu pocitu emocionálneho prepojenia so svojim zosnulým dieťaťom (Dickens, 2020).

- **Obdobie reorganizácie**

Pri zmierovaní sa so stratou sa ženy snažia o určitú formu odpustenia, ktorá by im pomohla dostať sa cez obviňovanie seba samej a pocitov hnevu voči druhým ľuďom (Wright, 2010). Ženy sa v dôsledku prežitia tejto obrovskej straty učia hľadať zmysel v utrpení, vďaka čomu sú vyzretejšie a nazerajú na svet inými očami (Black et al., 2016). Po uplynutí času získavajú novú perspektívu na skúsenosť so stratou, ale aj na svoje predstavy o budúcnosti. Niektoré ženy popisujú, že sa cítia silnejšie a motivované ku zmene alebo k určovaniu si nových cieľov (Fenstermacher, 2014).

Pre štádium reorganizácie je podľa Miles (1985) charakteristické zvýšenie entuziazmu v súvislosti s inými aspektami života a znovu nájdenie radosti v každodenných situáciách. Ženy si začnú všimnúť, že dobré dni prevyšujú tie zlé a začínajú opäť vidieť zmysel v plánovaní budúcnosti. Reorganizácia však neznamená úplné zotavenie a veľa žien popisuje, že už nikdy sa nevrátili k svojmu „pôvodnému ja“, ale pokračujú v živote do určitej miery zmenené (Miles, 1985). V priebehu tohto štádia sa vynárajú existenciálne otázky, ktorými ľudia pátrajú po zmysle života a smrti, zamýšľajú sa nad svojou životnou filozofiou a čiastočne menia svoj pohľad na život (Lowdermilk et al., 2016).

2.2.2 Faktory ovplyvňujúce proces trúchlenia

Jaaniste et al. (2017) na základe výskumu trúchliacich rodičov po smrti dieťaťa s život limitujúcou chybou uvádza 4 základné faktory ovplyvňujúce proces trúchlenia – okolnosti straty, interpersonálne faktory, intrapersonálne faktory a mechanizmy zvládania. Medzi okolnosti straty je možné okrem samotného perinatálneho úmrtia dieťaťa brať do úvahy aj gestačný týždeň. Jeden z výskumov (Ridaura et al., 2017) naznačuje, že vyššie štádium tehotenstva v čase straty je spojené s vyššou mierou depresívnych symptómov mesiac po strate.

Ukazuje však, že pre prejavy ako je smútenie, depresia alebo plakanie za bábätkom je gestačný týždeň dôležitým aspektom v krátkodobej perspektíve, dlhodobo však nie je tak podstatný. Zároveň sa zdá, že zvýšená úroveň úzkostných a depresívnych symptómov nie je závislá na type perinatálnej straty a je vo všetkých prípadoch konzistentná (Herbert et al., 2022).

Vo výskumoch zameraných na matky po perinatálnej strate sa ukazuje, že práve intrapersonálne charakteristiky hrajú dôležitú rolu vo vyrovnávaní sa so stratou (Cacciatore et al., 2008b). Matky vo vyššom veku mali v porovnaní s mladšími ženami menej symptómov úzkosti. Určitá súvislosť bola pozorovaná aj s úrovňou vzdelania – matky s vyšším vzdelaním zažívali menej depresívnych symptómov. Významným faktorom je tiež predchádzajúci psychický stav žien, pričom pre ženy s psychickými problémami môže byť trúchlenie komplikovanejšie a intenzívnejšie (Flach et al., 2022; Kersting & Wagner, 2012; Kishimoto et al., 2021; Setubal et al., 2021; Kishimoto et al., 2021)

Interpersonálne faktory a sociálna podpora od okolia taktiež ovplyvňuje zvládanie. Vydaté ženy v porovnaní s rozvedenými alebo ovdovelými, vykazovali menej úzkostných prejavov a v porovnaní s ženami, ktoré neboli vo vzťahu aj menej depresívnych symptómov (Cacciatore et al., 2008b). Významnú rolu manželstva potvrdili aj ďalšie štúdie (Flach et al., 2022; Setubal et al., 2021), v ktorých sa ukázalo, že silné manželské vzťahy súviseli s nižšou mierou smútenia. Podobný efekt mala aj vnímaná podpora od priateľov a rodiny, odborná podpora alebo religiozita.

Ďalším faktorom priebehu smútenia je prítomnosť živých detí v rodine. Aj keď zatiaľ nie je dostupných veľa štúdií o vplyve bezdetnosti na smútenie po strate dieťaťa v perinatálnom období, existujú výskumy venujúce sa faktoru bezdetnosti u žien, ktoré si prešli potratom v skoršom štádiu tehotenstva. Kersting & Wagner (2012) na základe dostupných poznatkov uvádzajú bezdetnosť ako jeden z rizikových faktorov pre ťažšie zvládanie trúchlenia. DeMontigny et al. (2017) výsledkami svojho výskumu s ženami po prirodzenom potrate podporili hypotézu, že bezdetnosť môže byť jedným z faktorov, ktoré ovplyvňujú prítomnosť dlhšieho a intenzívnejšieho smútenia. Bezdetné ženy nevykazovali žiadnu zmenu príznakov smútenia v závislosti na čase od potratu a aj po dvoch rokoch od straty boli podobné ako u žien tesne po strate. Ženy, ktoré mali aspoň jedno dieťa, narodené pred alebo po strate, mali po dvoch rokoch signifikantne nižšie prejavy zármutku. Keim et al. (2017), ktorí vo svojom výskume rodičov po úmrtí novorodenca prišli k podobným záverom, navrhujú, aby zdravotníci neodradzovali rodičov od počatia ďalšieho potomka a nestanovovali konkrétnu časovú hranicu,

počas ktorej by mali s počatím počkať. Súčasne by zdravotníci mali venovať zvýšenú pozornosť bezdetným ženám, u ktorých je riziko ťažkostí s vyrovnávaním vyššie (DeMontigny et al., 2017).

2.2.2.1 Pocity viny a ich vplyv na priebeh smútenia

Komplexné prežívanie straty dieťaťa často zahŕňa pocity viny a sebaobviňovanie (Campbell-Jackson & Horsch, 2014). Pocit viny býva spojený s ľútosťou a výčitkami svedomia a je typickou súčasťou trúchlenia pozostalých rodičov (Duncan & Cacciatore, 2015). Rodičia si môžu klásť otázky, či svojimi činmi alebo opomenutiami mohli nejakým spôsobom prispieť k tomu, čo sa stalo (Gold et al., 2018).

Vo výskume Ratislavovej (2016) ženy, ktoré prichádzali do nemocnice s obavou o zdravie dieťaťa späť ľutovali čas, ktorý strávili čakaním na zdravotnícky personál pred vyšetrením. Niektoré ženy sa obviňovali za to, že vo svojich požiadavkách neboli dostatočne dôrazné a netrvali na urýchlennom vyšetrení. Iné ženy obviňovali personál zo zanedbania starostlivosti. Vo výskume Gold et al. (2018) zo zúčastnených 311 žien takmer polovica 15 mesiacov po strate verila, že ich dieťa nemuselo zomrieť, ak by zdravotnícky personál niečo spravil inak. Jedná sa teda o pomerne veľký počet žien, ktoré nemajú dôveru v starostlivosť, ktorá im bola poskytnutá, čo môže predstavovať komplikácie aj pre ich ďalšie prípadné tehotenstvo.

V kvalitatívnej štúdii od Cacciatore et al. (2010) vyjadrilo pocity ľúlosti alebo viny v súvislosti s narodením mŕtveho dieťaťa 46 zo 47 žien, pričom sa jednalo o rozhodnutia, ktoré spravili aj ktoré, naopak, nespravili. Mnoho matiek svoje pocity viny vzťahovalo k fyzickej neschopnosti porodiť živé dieťa a vnímali túto udalosť ako zlyhanie svojho vlastného tela. Vyčítali si, že to, čo sa stalo, mali nejakým spôsobom predvídať a že mali vycítiť nejaké vnútorné varovanie. Okrem toho ženy ľutovali spôsob priebehu rozlúčkových rituálov, ktoré si späťne priali urobiť inak, napríklad do nich zahrnúť aj svoje ostatné deti alebo sa zapojiť viac a na dlhší čas. Niektoré ženy sa vinia z odmietnutia vidieť alebo držať svoje dieťa po narodení a zo strachu, ktorý v súvislosti s tým cítili (Martínez-Serrano et al., 2019).

Podľa Gold et al. (2018) je pocit viny do určitej nízkej miery normálnou súčasťou trúchlenia a pre niektorých ľudí môže byť jedným z prvkov, ktoré pomáhajú nájsť pochopenie, prečo ku strate došlo. Vo svojom výskume podporili hypotézu úzkej súvislosti pocitov viny a symptómov depresie. Z celkového počtu 311 zúčastnených matiek zažívala väčšina pocity viny alebo sebaobviňovanie 15 mesiacov po strate, pričom depresia bola jedným z prediktorov

silnejších pocitov viny. Výskum od Barr & Cacciatore v roku 2007 taktiež poukázali na veľkú koreláciu sklonu osobnosti k pocitom viny a smútku v procese trúchlenia. Predovšetkým chronická vina bola problematickou emóciou, ktorá sa veľmi výrazne podieľala na rozdieloch v prežívaní matiek a intenzite smútku.

2.2.3 Komplikovaný zármutok

V posledných rokoch sa dostal do pozornosti výskumníkov pojem „komplikovaný zármutok“, vyznačujúci sa symptómami zármutku, ktoré môžu hraničiť s určitou úrovňou patológie. Komplikovaný zármutok je možné definovať ako dlhodobú a abnormálnu reakciu na stratu, ktorá sa prejavuje znemožnením zapojenia sa do bežných denných činností (Prigerson et al., 1995; Wright, 2016). Niektoré ženy po perinatálnej strate zažívajú veľmi závažné a dlho pretrvávajúce symptómy zahŕňajúce intenzívnu túžbu po dieťati a dlhodobý smútok, ktorý zasahuje do ich každodenného fungovania. Komplikovaný zármutok je často spájaný s úmrtím dieťaťa, čo podporuje aj výskum od Kersting et al. (2011), ktorý ukázal, že v reprezentatívnej vzorke sa vyskytla najvyššia prevalencia komplikovaného zármutku práve u ľudí, ktorým zomrelo dieťa.

Jedným z hlavných rizikových faktorov pre rozvinutie komplikovaného zármutku, uvádzaných v literatúre, sú predchádzajúce problémy s psychickým zdravím u matky alebo osobnostné charakteristiky vyznačujúce sa vysokou mierou neuroticizmu (Flach et al., 2022; Kersting & Wagner, 2012; Setubal et al., 2021). Kishimoto et al. (2021) zistili, že ženy s týmito charakteristikami alebo aktívnymi psychiatrickými symptómami absolvovali v súvislosti so spracovaním straty dlhšiu a intenzívnejšiu liečbu. Jednou z príčin ťažšieho spracovávanía straty u tejto skupiny môžu byť dysfunkčné vzorce myslenia (dysfunctional cognitions). Výskum od Kokou-Kpolou et al. (2018) naznačuje, že negatívne myšlienky o svete, živote a budúcnosti sú spojené s pretrvávajúcimi symptómami trúchlenia, zatiaľ čo depresívne symptómy majú do väčšej miery súvis s negatívnymi myšlienkami o sebe.

Medzi ďalšie rizikové faktory patrí predchádzajúca skúsenosť so stratou dieťaťa v tehotenstve a nátlak od okolia v súvislosti s ďalším tehotenstvom (Flach et al., 2022). Perinatálna strata tiež vytvára záťaž na partnerský vzťah, ktorá sa môže prejavovať napríklad obviňovaním partnera alebo nenaplnením predstavy o vysnívanej rodine. Nefungujúci manželský vzťah a nedostatok podpory od partnera predstavuje riziko pre intenzívnejšie smútenie (Kersting & Wagner, 2012).

Flach et al. (2022) ako protektívne faktory identifikovali prítomnosť ďalšieho dieťaťa, kvalitu zdravotníckej starostlivosti a podporu od okolia v podobe partnera, komunity alebo spirituálnych aktivít. Halland et al. (2016) dátami vo svojej kohortovej štúdií, kde z celkového počtu 652 320 matiek po perinatálnej strate, 86 % porodilo ďalšie dieťa, podporujú hypotézu, že narodenie ďalšieho dieťaťa po predchádzajúcej perinatálnej strate pomáha predchádzať komplikovanému zármutku a môže podporiť dobrý zdravotný stav, stabilitu a zdroje. Aj výskum od McSpedden et al. (2017) svojimi výsledkami podporil tvrdenie, že prítomnosť ďalších detí v rodine môže byť protektívnym faktorom pred spustením symptómov komplikovaného zármutku.

2.2.4 Dlhodobý efekt perinatálnej straty

Perinatálna strata so sebou nesie rôzne psychické aj somatické ťažkosti, ktoré sa môžu prejavovať hneď, môžu však pretrvávajúť aj v odstupe niekoľkých rokov. Ridaura et al. (2017) zaznamenali u žien najvýraznejšie symptómy depresie v čase bezprostredne po strate. Väčšina intenzívnejších prejavov smútenia sa typicky zníži do 12 mesiacov od straty, pričom výraznejšie zlepšenie je očakávané približne do dvoch rokov (Alvarez-Calle & Chaves, 2023; Krosch & Shakespeare-Finch, 2017). Doba spracovávaní tejto skúsenosti je však veľmi individuálna a ovplyvnená mnohými faktormi, preto u niektorých žien je možné pozorovať jej dlhodobý vplyv na fungovanie v bežnom živote.

Vyrovňavanie sa s perinatálnou stratou v dlhodobom horizonte je spájané so symptómami depresie, úzkosti, obsedantno-kompulzívneho správania, myšlienkami na samovraždu, vinou, pocitom zahanbenia, zneužívaním návykových látok, partnerskými problémami alebo post-traumatickým stresom. Tieto prejavy môžu pretrvávajúť niekoľko rokov až dekád a viesť u žien k sociálnej izolácii (Burden et al., 2016; Cacciatore, 2013). Prevalencia posttraumatickej stresovej poruchy medzi tretím a dvanástym mesiacom od straty sa pohybuje niekde medzi 7-28 % (Christiansen, 2017). V jednom z výskumov sa však u niektorých žien symptómy post-traumatického stresu objavovali aj 5-18 rokov po strate (Gravensteen et al., 2013).

Okrem záťaže na duševné zdravie sa u žien po úmrtí dieťaťa prejavujú aj somatické symptómy a zdravotné problémy, ktorých dôsledky sa môžu objaviť aj po dlhšom období. Výskumy naznačujú, že existuje určitá súvislosť medzi trúchlením rodičov a rizikom predčasnej úmrtnosti (Cacciatore, 2013). Ukazuje sa, že pozostalí rodičia majú 2 – 4krát vyššie riziko úmrtnosti alebo ovdovenia počas prvých 10 rokov od úmrtia dieťaťa, pričom zvýšené riziko pretrváva až 25 rokov po perinatálnej strate (Harper et al., 2011). Pri uvažovaní nad

príčinami je možné zväziť vyššiu pravdepodobnosť spáchania samovraždy u rodičov po strate (Delgado et al., 2023), alebo dôsledky zvýšenej konzumácie alkoholu. Ďalším vysvetlením môže byť pôsobenie zvýšenej úrovni stresu na imunitný systém, čo súvisí so sklonom k rozvoju vážnych ochorení (Harper et al., 2011).

Riziko predčasnej úmrtnosti skúmali tiež Halland et al. (2016), ktorí sa zamerali aj na jeho súvis s narodením ďalšieho živého dieťaťa. U mladších žien (v porovnaní so staršími), ktoré už ďalšie dieťa neporodili sa signifikantne zväčšila pravdepodobnosť kardiovaskulárnej aj nekardiovaskulárnej úmrtnosti v neskoršom veku. Autori však upozorňujú, že perinatálna strata nemôže byť považovaná za indikátor vyššej dlhodobej úmrtnosti samostatne, nakoľko ju ovplyvňuje množstvo iných faktorov, ako napríklad vzdelanie, životný štýl alebo subfertilita.

2.2.5 Partnerský vzťah v období trúchlenia

Výskumy ukazujú, že partnerská podpora v čase trúchlenia je jedným z hlavných protektívnych faktorov pred emocionálnymi ťažkosťami a jej absencia zvyšuje riziko rozvinutia depresívnych symptómov (Campbell-Jackson & Horsch, 2014). Vzťah partnerov po perinatálnej strate prechádza náročnou skúškou a väčšina párov je schopná sa na túto záťaž adaptovať, čím sa vzťah ešte viac upevní. Napriek stresu a záťaži, ktorou si pár po strate dieťaťa prechádza sa ukazuje, že táto tragická udalosť môže zvyšovať u partnerov pocit blízkosti a súdržnosti a zároveň medzi nimi vytvárať pevnejšie puto (Burden et al., 2016). Súdržnosť si partneri budujú už samotným zdieľaním tejto situácie, v ktorej sa snažia znova vybudovať rodinnú rovnováhu a svoju rolovú identitu po strate (Cacciatore et al., 2008a).

U niektorých zraniteľnejších párov však táto skúsenosť zvyšuje riziko následného rozpadu vzťahu aj po niekoľkých rokoch (Gold et al., 2010). Jedným z hlavných faktorov ovplyvňujúcich partnerský vzťah po strate sa zdajú byť odlišné spôsoby trúchlenia partnerov. V metaanalýze od Burden et al. (2016) boli nekongruentné štýly trúchlenia identifikované ako jeden z kľúčových dôvodov partnerských problémov, ktoré vyústili do sporov, nevery, prípadne až rozchodu. Vyjadrovanie smútenia oboch partnerov sa líši vo väčšine párov, typicky ženy udávajú, že by si priali u partnera otvorenejšie a expresívnejšie prejavy smútenia (Avelin et al., 2013). Viaceré štúdie (Avelin et al., 2013; Cacciatore et al., 2008a) poukazujú na dôležitosť vzájomného rešpektu a tolerancie pre odlišný spôsob trúchlenia u partnera. Pokiaľ partneri dokážu akceptovať svoje individuálne potreby a preferencie a pristupovať k sebe s rešpektom, môže to ich vzťah značne posilniť.

Samostatnou témou v partnerskom vzťahu po strate je sexuálny život. Podľa Lowdermilk et al. (2016) môžu mať partneri rozdielny pohľad na znovuoobnovenie sexuálneho života a každý z nich na to môže potrebovať odlišný čas. Niektoré ženy a muži môžu považovať sexuálne aktivity za dôležitú súčasť zotavovania sa zo straty, ktorá im prináša v partnerstve vtedy potrebnú intimitu a blízkosť, kdežto u iných sa chuť na sex nemusí objaviť vôbec. Aj keď môžu byť ženy fyzicky pripravené na sexuálny styk už po pomerne krátkej dobe, nie vždy sa cítia pripravené aj emocionálne. Ženy v porovnaní s mužmi častejšie uvádzajú pocity viny, znepokojivé predstavy a vtieravé myšlienky, ktoré im zasahujú do plnohodnotného sexuálneho prežívania (Burden et al., 2016). Obnovenie sexuálneho života môže byť u žien sprevádzané zníženou kvalitou sexuálneho života alebo zhoršením sexuálnych funkcií. Ako hlavné dôvody sexuálnych problémov boli v jednej štúdií (Bialek et al., 2022) pozorované problémy s uspokojením, vzrušením alebo dosahovaním orgazmu. Naopak, fyzické prejavy ako lubrikácia alebo prípadná bolesť boli najmenej problematické. Autori preto naznačujú, že strata dieťaťa môže ovplyvňovať vo väčšej miere psychické a vzťahové aspekty sexuality, v porovnaní s fyzickým sexuálnym fungovaním.

2.2.6 Možnosti psychologickkej intervencie

K dispozícii je len pomerne malé množstvo štúdií, ktoré sa venujú efektívnosti rozličných typov intervencií zameraných na rodičov po smrti dieťaťa, bez ohľadu na vek alebo príčinu smrti. Pelacho-Rios & Bernabe-Valero (2022) upozorňujú, že štúdie, ktoré sú k dispozícii, sa vyznačujú vysokou heterogenitou v ich dizajne, neposkytujú preto konzistentné výsledky alebo jasne odporučené postupy intervencie. Vo väčšine prípadov štúdie nedosahujú hranicu, pri ktorej je možné výsledky považovať za signifikantné. Napriek tomu však konštatujú, že rozličné intervencie sa ukazujú ako nápomocné v znižovaní symptómov depresie, stresových porúch a podpore osobného rastu. Ako príklady typov vhodnej intervencie je možné zmieniť terapiu zameranú na význam (meaning-centered grief therapy), párové poradenstvo alebo rodinne zamerané skupinové intervencie. Pozitívny vplyv na vyrovnávanie sa bol pozorovaný aj po využití intervencií v online podobe.

Ešte menšie množstvo literatúry sa venuje špecificky ženám po perinatálnej strate. Zatiaľ nie je k dispozícii jednoznačne odporučený terapeutický prístup, jedná sa teda skôr o adaptácie štandardne využívaných modalít psychoterapie začleňujúcich emocionálne prežívanie typické pre perinatálnu stratu (Davoudian et al., 2021). Shaohua & Shorey (2021) svojou metaanalýzou podporili hypotézu, že psychosociálne intervencie sa ukazujú ako efektívne v redukcii symptómov depresie a úzkosti. V jednotlivých štúdiách boli využité

rozličné typy intervencií – individuálna psychoterapia, skupinové podporné programy, konzultácie u klinických psychológov, prípadne návštevy pôrodnej asistentky. Rozdiely v ich efektívnosti však v tejto analýze skúmané neboli, nie je preto jasné, či sú nejaké intervencie vhodnejšie než iné.

Ako účinná sa zdá byť aj intervencia v podobe párovej terapie v individuálnej či skupinovej forme. Výsledky prehľadovej štúdie od Kendrick & Sterrett-Hong (2023) zaznamenali u oboch pohlaví redukciiu stresu, zníženie symptómov depresie, úzkosti, post-traumatickej stresovej poruchy alebo zníženie rizika komplikovaného zármutku. Aj keď sa jednalo o terapiu v pároch, zohľadnené výsledky sa týkali individuálneho prežívania a neboli zamerané na vzťahový aspekt. Ďalšia štúdia párových intervencií (Swanson et al., 2009) naznačuje rýchlejšie spracovanie smútku po samovoľnom potrate u mužov, u ktorých malo už jedno párové sedenie vplyv na vyrovnanie sa s touto skúsenosťou. Skutočnosť, že muži mohli byť v priebehu intervencie svedkami interakcie zdravotnej sestry a ich ženy, bola ďalším pozitívnym aspektom, vďaka ktorému sa mohli muži cítiť kompetentnejší v reagovaní na smútok ženy, ktorý spravidla trvá dlhšie.

Existuje aj zopár štúdií zameraných na ženy po strate, u ktorých sa v jej dôsledku rozvinula psychická trauma alebo ťažká depresia. Johnson et al. (2016) vo svojej randomizovanej kontrolovanej štúdiu skúmali efektivitu interpersonálnej psychoterapie (IPT) v skupinovej forme špecificky u žien s ťažkou depresiou po perinatálnej strate. Cieľom zvolenej terapie bolo podporiť proces smútenia a pomôcť ženám v troch oblastiach – vyrovnať sa s reakciami okolia na stratu, zamerať sa na otázku pocitu viny a zmyslu, nájsť spôsoby ako udržiavať pocit prepojenia so svojím dieťaťom a súčasne sa znovu zapojiť do bežného života. Výsledky poukázali na vyššiu účinnosť tohto typu terapie v porovnaní so štandardnou kognitívne-behaviorálnou intervenciou, ktorá nebola zameraná na kontext straty. Stredná doba zotavenia sa bola v prípade IPT výrazne nižšia u ťažkej depresie (15 vs. 22 týždňov) ako aj u post-traumatickej stresovej poruchy (11 vs. 24 týždňov). Na základe tohto výsledku je možné uvažovať nad možnými faktormi, ktoré tento rozdiel v efektivite ovplyvňujú. Napriek počiatočným obavám, ženy v IPT skupine považovali okrem samotného zdieľania svojho príbehu za nápomocné aj vypočutie si príbehov ostatných žien s rovnakou skúsenosťou. Homogénne zloženie skupiny preto môže podporovať vzájomné zdieľanie, pochopenie a pocit spolupatričnosti. IPT sedenia tiež venovali signifikantne väčší priestor rozprávaniu o strate a vo väčšej miere podporovali smútenie. Zároveň sa viac venovali pocitom a vyjadrovaniu emócií súvisiacich so stratou.

Ako jedny z účinných typov intervencie pre vyrovnávanie sa s traumou sa zdajú byť aj poradenstvo pre pozostalých, ako aj kognitívne behaviorálna terapia (Hollins Martin & Reid, 2023). V jednom z výskumov až takmer 49 % matiek uviedlo ako najviac nápomocnú podporu vo forme podpornej skupiny s matkami, ktoré prešli podobnou skúsenosťou (Casey & Schneider, 2024). Ďalšie výskumné práce by bolo vhodné zamerať aj na eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) terapiu, ktorá bola zatiaľ skúmaná len v súvislosti s post-traumatickou stresovou poruchou u žien s pôrodnou traumou, kde naznačovala sľubné výsledky (Chiorino et al., 2020; Sandström et al., 2008).

2.3 Post-traumatický rast

Ako uvádzajú Black a Wright (2012), mnohé ženy zastihnú skúsenosť perinatálnej straty v ich produktívnom a šťastnom období, kedy je táto udalosť vôbec prvou životnou stratou, s ktorou sa musia vyrovať. U niektorých žien táto skúsenosť od základu transformuje ich pohľad na život, zvýši ich úroveň sebauvedomenia, ako aj vnímania krehkosti života. Post-traumatický rast je definovaný ako pozitívna psychologická zmena, ktorá nastáva v dôsledku zvládnutia záťažovej životnej skúsenosti (Tedeschi & Calhoun, 1996). Do určitej miery súvisí s odolnosťou, aj keď ešte nie je úplne jasné, či je odolnosť jeho vnútornou charakteristikou, predpokladom, alebo naopak, odpoveďou na traumatickú udalosť (Black & Wright, 2012).

2.3.1 Post-traumatický rast a perinatálna strata

Koncept post-traumatického rastu je v súčasnosti podrobený rozsiahlemu výskumu, avšak pre odvetvie perinatálnej psychológie sa jedná o pomerne novú oblasť empirického skúmania. Dostupné štúdie na báze sebaopisovacích dotazníkov však naznačujú, že u žien po strate sa objavuje stredná (Alvarez-Calle & Chaves, 2023; Casey & Schneider, 2024) až vysoká úroveň rastu (Ryninks et al., 2022), a to aj v prípade, že ešte stále prechádzajú obdobím aktívneho smútenia. Trúchlenie a rast sa teda nevyklučujú, práve naopak, jedná sa o prežívanie, ktoré môže vo vnútornom svete človeka súčasne koexistovať (Alvarez-Calle & Chaves, 2023). V jednom z výskumov väčší počet skúseností so stratou (perinatálnou stratou alebo stratou blízkej osoby) súvisel s vyššou úrovňou post-traumatického rastu (Vivekananda et al., 2024).

Pri porovnaní žien po potrate vo včasnom štádiu tehotenstva a žien po narodení mŕtveho bábätka sa ukázala signifikantne vyššia úroveň rastu u žien po mŕtvorodenosti (Ryninks et al., 2022). Súčasne u nich bolo zaznamenané významnejšie narušenie presvedčení o fungovaní sveta a výraznejšie nutkanie pre zdieľanie svojho prežívania s ostatnými. Zároveň však táto skupina vykazovala aj vyššie hodnoty symptómov post-traumatickej stresovej poruchy

a perinatálneho smútku. Je teda možné uvažovať, akým spôsobom súvisí výraznejšie prežívanie smútku s následným rastom a do akej miery tento rast podporuje. Jedna z prvých štúdií na túto tému naznačuje, že osobnostný rast je pozorovaný častejšie u žien (78 %) než u mužov (44 %), čo môže byť spôsobené aj následkom preukázaného intenzívnejšieho smútenia u žien (Büchi et al., 2007).

2.3.2 Domény post-traumatického rastu u žien po strate

Najpoužívanejším nástrojom pre meranie úrovne post-traumatického rastu vo výskumných štúdiách je Posttraumatic Growth Inventory (PTGI; Tedeschi and Calhoun, 1996), ktorý sa skladá z 21 položiek hodnotených na Likertovej škále. Zameriava sa na päť základných domén rastu: vzťahy s druhými ľuďmi (relating to others), nové životné možnosti (new opportunities), osobnostný rast (personal strength), spirituálna zmena (spiritual change) a ocenenie života (understanding of life) (Preiss, 2009).

Najvýraznejšia úroveň rastu u žien po perinatálnej strate sa prejavuje v doménach osobnej sily, vzťahov s okolím a vážení si života. O niečo menšia zmena sa ukazuje vo vnímaní nových možností a spirituálnom raste (Alvarez-Calle & Chaves, 2023). Vo výskume od Vivekananda et al., (2024) bola najvyššia úroveň rastu spojená so vzťahmi s druhými, nasledovali domény osobnostného rastu a nových životných možností a ako najnižšia sa ukázala doména spirituálnej zmeny. Doména osobnostného rastu je v originálnej anglickej verzii dotazníku pomenovaná ako „personal strength“, čo naznačuje chápanie rastu ako posilnenia osobnosti. Osobnostný rast v podobe vnímania osobnej sily sa môže javiť po traumatickej udalosti ako paradoxný, avšak zažitie tak bolestivej straty a skúsenosť s jej vyrovnávaním môže mať na ženy práve spomenutý posilňujúci efekt (Boyle, 2018). Niektoré ženy sa po prežití straty cítia byť starostlivejšie, ohľaduplnejšie, súcitnejšie, milujúcejšie a viac oceňujú vzťahy s druhými (Burden et al., 2016; Wright, 2010).

2.3.3 Faktory podporujúce post-traumatický rast

Medzi faktory podporujúce post-traumatický rast po rozličných traumatických udalostiach patrí zdieľanie negatívnych emócií, kognitívna angažovanosť a ruminácie, pozitívne stratégie zvládania, určité osobnostné vlastnosti (napríklad extravergia, prívetivosť a otvorenosť), odolnosť, aktivity podporujúce rast (napríklad dobrovoľníctvo). Nepriamy pozitívny efekt na rast má tiež vyhľadávanie sociálnej podpory, optimizmus, spiritualita a pocit spolupatričnosti (Henson et al., 2021). Post-traumatický rast tiež koreluje s nachádzaním zmyslu života, zmyslu straty samotnej a podporou ostatných (Casey & Schneider, 2024). Aj

keď by sa dalo prekladať, že dlhší čas od straty bude súvisieť s vyššou úrovňou rastu, výskum túto hypotézu nepodporil.

Freedle a Oliveira (2024) sa vo svojom výskume zamerali špecificky na ženy po perinatálnej strate. Ako jeden z hlavných faktorov podporujúcich rast bolo identifikované dyadické zvládanie (dyadic coping), ktoré zahŕňa snahu znížiť úroveň stresu u partnera a spoločné úsilie partnerov o zvládanie stresujúcich podnetov z externých zdrojov. Jedná sa o regulačný efekt, ktorý prebieha na interpersonálnej úrovni v situácii, kedy jeden z páru pociťuje stres a druhý je schopný reagovať podporným spôsobom. Ženy, ktoré hodnotili dyadické zvládanie v ich páre pozitívnejšie, vykazovali v tomto výskume vyššiu úroveň post-traumatického rastu. Zároveň sa u týchto žien potvrdila bezpečná vzťahová väzba k partnerovi pred samotnou traumatickou udalosťou. Naopak, Casey a Schneider (2024) nenašli významnú súvislosť medzi úrovňou rastu a podporou partnera. Napriek tomu však v ich výskume takmer 23 % respondentov uviedlo podporu partnera ako najviac nápomocnú. Autori ako možné vysvetlenie uvádzajú poznatok zo štúdie od David et al. (2022), kde sa ukázal pozitívny vzťah medzi sebaodhalením traumy a post-traumatickým rastom. Domnievajú sa, že v prípade perinatálnej straty, kedy sú traumatickou skúsenosťou zasiahnutí naraz obaja partneri, sebaodhalenie nie je v spracovávaní traumy smerované na partnera. Rast plynúci zo sebaodhalenia sa teda môže diať skôr vo vzťahoch k ostatným ľuďom v okolí (Casey & Schneider, 2024).

Jednou z možných ciest podporujúcich post-traumatický rast po strate je dobrovoľníctvo. Tento typ prosociálnych aktivít môže napomáhať nachádzaniu významu v skúsenosti matiek po strate, a tým podporovať vyrovnávanie sa s ňou (Cacciatore et al., 2018). Vivekananda et al. (2024) sa vo svojom výskume zamerali na vplyv dobrovoľníctva formou fotografovania bábätiok po perinatálnej strate na úroveň rastu. Výsledky naznačili možnú súvislosť medzi dobrovoľníctvom a lepším porozumením strate, zvýšenou empatiou pre pozostalých rodičov a rozvojom schopnosti zvládania. Autori sa domnievajú, že dobrovoľnícke fotenie umožňuje lepšiu integráciu skúsenosti vlastného smútenia napríklad získaním hlbšieho porozumenia životu, smrti, strate a smútku.

Výskumy poukazujú na možnú prítomnosť rastu u žien po perinatálnej strate a to hneď v niekoľkých doménach. Existuje však len veľmi obmedzené množstvo výskumov zameraných na faktory podnecujúce rast špecificky u tejto skupiny. Po identifikácii dyadického zvládania

by sa ďalšie výskumy mohli zamerať aj na ostatné interpersonálne a intrapersonálne faktory a zároveň na súvislosť perinatálneho smútku a post-traumatického rastu.

II. Empirická časť

V teoretickej časti boli zhrnuté aktuálne poznatky o prežívaní matiek so skúsenosťou s perinatálnou stratou. Empirická časť má za cieľ získať vhl'ad do tohto prežívania formou kvalitatívneho výskumu so vzorkou žien, ktoré boli ochotné zdieľať svoju subjektívnu skúsenosť v súvislosti s úmrtím bábätka a následným vyrovnávaním sa s touto udalosťou. Úvod empirickej časti je venovaný popísaniu cieľov a metodológie výskumu. Následne je text zameraný na prezentovanie výsledkov, ich prepojenie s teoretickými poznatkami formou diskusie a zhrnutia možných prínosov pre prax.

1. Cieľ výskumu

Cieľom výskumu bolo získať bližšie porozumenie prežívaniu matiek po perinatálnej strate so zameraním na psychologické aspekty straty a prípadnú skúsenosť s perinatálnou paliatívnou starostlivosťou.

1.1 Výskumné otázky

Výskumné otázky boli formulované na základe predloženej literatúry a aktuálnych výskumov o prežívaní matiek po perinatálnej strate. Znenie výskumných otázok je nasledovné:

1. Ako matky prežívali perinatálnu stratu dieťaťa?

Otázka je zameraná na zisťovanie pocitov a prežitkov žien, ktoré si prechádzali skúsenosťou perinatálnej straty. Cieľom je zachytiť ich prežívanie ako v momente, keď sa dozvedeli, že s bábätkom niečo nie je v poriadku, tak aj počas samotného pôrodu a okamihov nasledujúcich tesne po ňom.

2. Akým spôsobom sa matky so stratou vyrovnávali?

Otázka má za cieľ zachytiť individuálny spôsob vyrovnávania sa s perinatálnou stratou v období po pôrode. Zameriava sa na faktory, ktoré žene pomáhali situáciu zvládať a fungovať v bežnom živote, ako aj na aspekty, ktoré spracovávanie tejto skúsenosti komplikovali.

3. Ako matky vnímali prístup personálu v pôrodnici?

Tretia otázka sa venuje porozumeniu, ako žena vnímala starostlivosť v pôrodnici a prístup personálu v čase pred pôrodom, počas pôrodu a v nasledujúcich dňoch strávených na oddelení šestonedelia. Cieľom otázky je súčasne zachytiť prípadnú skúsenosť ženy s perinatálnou paliatívnou starostlivosťou.

2. Metodika

Empirická časť je spracovaná v podobe retrospektívneho kvalitatívneho výskumu. Zber dát prebiehal vo forme pološtruktúrovaných rozhovorov so ženami, ktoré majú skúsenosť s perinatálnou stratou. Pre analýzu rozhovorov bola zvolená Interpretatívna fenomenologická analýza (IPA), ktorej autormi sú Smith et al. (2009). V Českej republike sa jej venuje napríklad publikácia od Řiháčka et al. (2013). IPA je analýzou vhodnou pre komplexné témy, ktoré sú zároveň často nejednoznačné a emočne náročné (Smith & Osborn 2015).

Teoretické zakotvenie IPA nachádza v troch hlavných pilieroch: fenomenológii, hermeneutike a idiografickom prístupe (Smith & Osborn 2015). Tento typ kvalitatívnej analýzy má za cieľ zachytiť a popísať subjektívnu skúsenosť participantov a význam, ktorý jej prikladajú. To umožňuje určité hlbšie porozumenie ich prežívaniu. V prípadoch, kedy ľudia prechádzajú zásadnou životnou skúsenosťou, často reflektujú nad jej významom a práve IPA je jednou z ciest, ako tento význam výskumne zachytiť a interpretovať (Smith et al., 2009).

Odporúčaná veľkosť výskumného súboru pre bakalárske a diplomové práce sú traja participanti. Najvhodnejším nástrojom získavania dát pre IPA analýzu je hĺbkový rozhovor, ktorý poskytuje detailný popis skúsenosti z prvej ruky. Vopred pripravený scenár poskytuje istú štruktúru, ktorej sa výskumník pri rozhovore môže držať, je však dôležité nebrať ju ako rigidnú a vžiť sa do role aktívneho poslucháča, ktorý je schopný prispôsobiť plynutie rozhovoru záujmu respondenta (Smith et al., 2009).

2.1 Výskumný súbor

Výskumný súbor tvorili ženy vo veku min. 18 rokov, ktoré mali skúsenosť s perinatálnou stratou a súčasne rodili v pôrodnici v Českej republike. Pojem perinatálna strata bol na základe literatúry (viď kapitola 1 - Perinatálna strata) pre účely tohto výskumu definovaný ako úmrtie dieťaťa po 22. týždni tehotenstva a úmrtie novorodenca do 7. dňa po pôrode. Po zvážení boli do výskumu zahrnuté aj ženy, ktoré sa rozhodli pre umelé ukončenie tehotenstva po 22. gestačnom týždni z dôvodu vážnej vrodenej vývojovej chyby, keďže sa jedná o skupinu, pre ktorú má poskytovanie perinatálnej paliatívnej starostlivosti taktiež významný benefit (Poláková et al., 2023) a súčasne býva v rámci pojmu perinatálnej straty zahrnutá aj v niektorých zahraničných výskumoch (Berry, 2022; Herbert et al., 2022; Shaohua & Shorey, 2021).

Z dôvodu možného otvorenia nepríjemných emócií v súvislosti so spomienkami na stratu boli z výskumu vylúčené aktuálne tehotné ženy. Toto rozhodnutie bolo zároveň podložené zahraničnými štúdiami (Crawley et al., 2013; Ryninks et al., 2014). Pre minimalizovanie rizika retraumatizácie boli do výskumu zahrnuté ženy až po uplynutí min. 6 mesiacov od pôrodu (Butler et al., 2019).

Na začiatku projektu bola stanovená časová hranica účasti žien po uplynutí maximálne 3 rokov od pôrodu. Dôvodom bol predpoklad, že perinatálna paliatívna starostlivosť prešla v posledných rokoch určitým vývojom a cieľom výskumu bolo zachytiť vnímanie a skúsenosti žien práve v tomto období. Takto stanovené kritériá však spĺňalo len veľmi malé množstvo potenciálnych respondentiek, preto boli nakoniec do účasti v štúdiu zahrnuté aj respondentky 6 rokov po strate.

Výskumu sa zúčastnilo 5 žien vo vekovom rozmedzí 29 až 45 rokov, ktoré mali skúsenosť s perinatálnou stratou, pričom od ich pôrodu ubehlo maximálne 6 rokov. U troch z týchto participantiek išlo o ich prvý pôrod, zvyšné dve už mali za sebou pôrod živého dieťaťa alebo viacerých detí. Vo všetkých prípadoch sa jednalo o pôrod mŕtveho dieťaťa, z toho dve deti boli diagnostikované závažnou vývojovou chybou nezlučiteľnou so životom. Jedna respondentka sa rozhodla dieťa donosiť, druhá sa rozhodla pre umelé ukončenie tehotenstva. Všetky zúčastnené respondentky boli v čase pôrodu vydaté.

Nasledujúca časť obsahuje krátke predstavenie príbehu každej respondentky. Mená respondentiek a ľudí v ich okolí boli z dôvodu zachovania anonymity pozmenené. Na výber mien bol využitý online nástroj náhodného generovania českých mien.

Blanka (33 rokov)

Blanka v čase rozhovoru mala za sebou už niekoľko pôrodov, pričom o dve deti prišla v perinatálnom období. Rozhovor bol s ohľadom na časové kritérium zaradenia do výskumu primárne zameraný na rozprávanie o jej druhej strate dieťaťa, súčasne v ňom však zaznievala aj skúsenosť z prvej straty. Celý rozhovor tak bol obohatený o porovnanie dvoch odlišných skúseností, popis ich prežívania a subjektívne vnímaný vplyv priebehu prvej skúsenosti na tú nasledujúcu. Blanka prestala v 36. týždni tehotenstva cítiť pohyby bábätka a na vyšetrení v pôrodnici už nebola prítomná srdečná akcia. Ako možná príčina úmrtia bol uvedený dvojité pravý uzol pupočníku alebo trombóza pupočníku, jednoznačná príčina však nebola potvrdená. Keďže si už Blanka jednou stratou prešla, druhýkrát to pre ňu bol veľký šok: „...jsem měla

takový jako životně docela šťastný období, takže tam vlastně jsme to vůbec prostě nečekali, protože už jsme si jednu ztrátu prožili a už jsme měli pocit, že přece to už se nám jako nemůže stát.“

Rozhovor je pretkaný spomienkami na predchádzajúcu stratu, ktoré poskytujú istý kontext k prežívaniu druhej straty. Blanka subjektívne vnímala, že spôsob rozlúčenia s bábätkom pri prvej strate bol pre ňu s odstupom času nedostačujúci a vďaka tejto skúsenosti silnejšie vnímala, čo pri rozlúčení s bábätkom potrebuje: *„jsem...věděla už z té předchozí ztráty jak je to [rozloučení] strašně důležitý a jak potřebuji jako to všechno udělat, co jsem tehdy neudělala.“* Rozlúčke s bábätkom prikladá vo svojom príbehu veľký význam a dáva ho do súvislosti s pocitom pokoja, ktorý pri konečnom rozlúčení zažívala. Pre Blanku bola v jej prežívaní významná aj duchovná stránka prežívania: *„Jako já jsem věřící a ona [kaplanka] mi donesla přijímání a řekla, přečetla mi asi jako denní evangelium a nějak jsme se pomodlily společně. Takže určitě nějakou jako, jako odvahu mi to třeba dodalo, no.“*

Simona (36 rokov)

Simona spolu s manželom sa zo svojho pohľadu snažila o dieťa pomerne dlho (asi 8 mesiacov). Jednalo sa o jej prvé tehotenstvo. V spomienkach na tehotenstvo sa vracia aj k pocitu viny, ktorý dáva do súvisu s vyťaženosťou v práci, kde cítila v jeden moment zvýšenie stresu: *„Ted' zpětně si říkám, že jsem měla na sebe být nějak opatrnější, ale já jsem pořád chodila do práce do poslední chvíle. Tak ted' si to trochu vyčítám. Měla jsem trochu ubrat, měla jsem být na sebe hodnější, opatrnější, ne tolik pracovat, víc odpočívat. No tak chybama se člověk učí...“* Z rozhovoru však cítiť, že aj napriek náročným chvíľam ju práca bavila a dávala jej zmysel.

V 28. týždni tehotenstva prestala cítiť pohyby bábätko, následne jej na vyšetrení bolo oznámené, že bábätko už nežije. Od svojej gynekologičky bola poslaná priamo do pôrodnice, kde jej informáciu potvrdili a začali ju pripravovať na vyvolanie pôrodu. Počas čakania na pôrod za ňou prišla lekárka, ktorá sa na podobné situácie špecializuje a poskytla jej informácie o tom, ako bude pôrod prebiehať, pripravila ju na okamihy po ňom a odporučila jej sa s bábätkom rozlúčiť. Simona vnímala túto podporu ako veľmi nápomocnú, rovnako ako aj možnosť sa spýtať na čokoľvek a zároveň prebrať otázku pocitov viny, ktoré vnútorne silno vnímala: *„Připadala jsem si taky... trochu jsem byla taková zmatená to byl takový mix různých emocí. Od naštvání přes zoufalost, bezmoc, cokoliv asi prostě celý škály, tak ona [lékařka] mi řekla, že jsem s tím na 100 % nemohla nic dělat, že jsem to nemohla nějak ovlivnit.“* Zistenie

pravdepodobnej príčiny úmrtia, ktorou bola torzia pupočnej šnúry, dodalo Simone istý pocit úľavy: „*Tak to se mi taky vlastně ulevilo, že jsem, že jsem měla aspoň nějakou příčinu.*“

Diana (29 rokov)

Diana otehotnela pomerne rýchlo po tom, čo sa s manželom zhodli, že by chceli dieťa. Tehotenstvo prebiehalo v poriadku, neskôr však Diana ochorela na covid a v 35. týždni tehotenstva prestala cítiť pohyby. Ako možnú príčinu úmrtia bábätka vidí práve jej ochorenie: „*Vlastně žádný problémy jsem úplně nezaznamenala, jediný co, tak to bylo v době, kdy byl covid, takže jsem potom onemocněla covidem a asi díky tomu si myslím, že jsem o to miminko přišla.*“ Na vyšetrení v pôrodnici jej lekár oznámil, že nevidí srdečnú akciu. Keďže tehotenstvo a následná strata prebiehali v čase pandémie, celá situácia tým bola skomplikovaná, napriek tomu však manžel mohol byť celý čas prítomný pri pôrode. S manželom sa najprv rozhodli, že sa s dcérou nebudú chcieť rozlúčiť. Po rozhovore s lekárkou a zvážení jej odporúčania si to rozmysleli a s bábätkom sa rozlúčili, čo spätne považuje za dobré rozhodnutie.

V období šestonedelia Diana vnímala veľkú podporu od okolia – manžela, rodiny, kamarátov a kolegov. V súvislosti so stratou Diana nevyhľadala žiadnu odbornú psychologickú podporu, čo spätne podľa jej slov ľutuje.

Karolína (30 rokov)

Karolína prežívala svoje prvé tehotenstvo, ktoré bolo bezproblémové až do momentu druhotrimestrálneho screeningu, na ktorom bola zistená ťažká vývojová chyba nezlučiteľná so životom. S manželom si nechali 2 týždne na rozhodovanie a nakoniec sa rozhodli pre ukončenie tehotenstva, ktoré prebehlo v 24. týždni.

V Karolíninom rozprávaní je cítiť pocit zranenia z celej situácie. Zistenie, že bábätko nie je v poriadku bol pre ňu šok a „*docela velká rána*“. Slovo „*rána*“ používa pre popis jej prežívania v niekoľkých konkrétnych situáciách. Veľkú ranu pre ňu predstavovalo, že sa až deň pred nástupom do pôrodnice dozvedela o nutnosti vykonania fetocídy pred samotným pôrodom: „*...tak vlastně tady to pro mě bylo hodně...takový jako další něco, s čím jsem nepočítala a podali mi to jako hodně prostě jenom tak jako nic. Vlastně vám to dítě nejdřív zabijeme....takže...to mě vlastně v tu chvíli hodně...tak jako rozbilo a...jako celou tu situaci to hodně ztížilo.*“ Zároveň bolo pre ňu zraňujúci prístup personálu, ktorý tesne pred narodením bábätka poslal manžela na chodbu a Karolíne povedal „*nech sa na to nedíva*“. Správanie personálu si dáva do súvisu aj so svojím zdravotníckym vzdelaním: „*...že třeba věděli, jaké*

mám vzdělání, a i na základě toho předpokládali, že vlastně mi to jako nebude vadit celý ten proces. Což taky mi přišlo jako scestný, proč protože jsem doktor, proč by mi nemělo vadit, že mi někdo zabije dítě, že jo.“

Zuzana (45 rokov)

Zuzana v dobe otehotnenia už mala za sebou niekoľko pôrodov a ďalšie tehotenstvo nebolo plánované. Keď sa s manželom rozhodli, že si dieťa nechajú, na vyšetreniach bola potvrdená závažná genetická porucha. Výrazným prvkom v rozhovore je Zuzanino vnímanie tlaku z okolia na to, aby absolvovala umelé ukončenie tehotenstva. Tento tlak na jednoznačné riešenie situácie pociťovala ako z rodiny, tak aj od zdravotníkov: *„Tam bylo jednoznačné: ano, vady jsou neslučitelné se životem, jednoznačně přerušení, okamžitě, konec. A válcujou.“* Keď sa Zuzana rozhodla pre donosenie dieťaťa, vnímala zo strany okolia „nerešpekt“ k jej voľbe a bolo pre ňu náročné vyrovnávať sa s nepochopením od okolia.

Zuzana predchádzajúce pôrody absolvovala v menšej pôrodnici s vlastnou pôrodnou asistentkou a bolo pre ňu dôležité, aby aj tento pôrod prebehol rešpektujúcim spôsobom. Hoci predpokladané šance na prežitie dieťaťa boli spočiatku mizivé, ako dieťa rástlo, Zuzana počúvala zo strany lekárov stále dlhšie prognózy na život, s čím súvisela aj nutnosť prítomnosti špecializovaného tímu po pôrode pre prípad operácie. Veľké pôrodnice jej však neboli ochotné vyjsť v ústrety v jej predstavách o pôrode (prítomnosť vlastnej pôrodnej asistentky aj manžela, možnosť stráviť s dieťaťom čas na rozlúčenie a zapojiť do toho aj ostatné deti). Z jej príbehu je cítiť istá miera vnímania absurdnosti celej situácie – prvotný tlak na ukončenie tehotenstva a následný tlak na záchranu dieťaťa po pôrode. Dieťa nakoniec zomrelo v 38. týždni tehotenstva a Zuzana tak mohla porodiť v menšej pôrodnici spôsobom, ktorý si sama priala.

2.2 Nástroje

Za účelom zberu dát bol využitý pološtruktúrovaný rozhovor s respondentkami, ktorého podrobný scenár je súčasťou príloh (Príloha 1). Rozhovor bol zameraný na dve hlavné roviny prežívania. Prvá rovina zahrňovala psychologické aspekty perinatálnej straty. Konkrétne išlo o otázky zamerané na pocity pri zistení, že s dieťaťom niečo nie je v poriadku, prežívanie pôrodu a okamihov tesne po ňom, pocity pri prípadnom rozlúčení s dieťaťom a spôsob vyrovnávania sa s touto skúsenosťou. Druhá rovina sa venovala skúsenostiam žien so zdravotníckym personálom v pôrodnici, ich vnímanie prístupu personálu so zameraním na aspekty, ktoré im v danej situácii pomáhali alebo, naopak, situáciu komplikovali.

Scenár rozhovoru bol naplánovaný s ohľadom na skutočnosť, že sa bude štyl rozprávania každej z participantiek v určitom zmysle líšiť. Z tohto dôvodu boli do scenára zaradené rôzne doplňujúce otázky, ktoré však boli položené len v prípadoch, keď sa participantka k danej skúsenosti sama od seba nevyjadrila.

2.3 Procedúra

Výskum vo forme rozhovorov prebiehal od februára do októbra roku 2024. Oslovenie potenciálnych respondentiek malo formu účelového výberu v podobe zverejnenia náborového letáku (Príloha 2) s informáciami o prebiehajúcom výskume. Leták bol v spolupráci s Centrom paliatívnej péče zverejnený na sociálnych sieťach, kde bol zdieľaný v rozličných skupinách zameraných na pôrody alebo rodičovstvo. Súčasne boli oslovené organizácie venujúce sa podpore ľudí po perinatálnej strate (Dítě v srdci, Prázdna kolébka), ktoré boli ochotné zdieľať leták na svojich profiloch. Respondentky sa k účasti na výskume mohli prihlásiť cez kontaktný e-mail uvedený na letáku.

Záujem o účasť vo výskume vyjadrilo 7 žien, pričom len 5 z nich spĺňalo zadané kritériá. Ihneď po vyjadrení záujmu bol potenciálnym respondentkám zaslaný dokument s bližšími informáciami o priebehu výskumu, ktorý mal za cieľ objasniť formu vedenia rozhovoru a pripraviť participantky na témy, ktoré budú v rozhovore otvorené. Po oboznámení sa s informáciami boli respondentky požiadané o opätovné potvrdenie záujmu. Výskumu sa zúčastnilo 5 respondentiek, pričom každej z nich bola ponúknutá možnosť osobného aj online rozhovoru. Väčšina respondentiek preferovala osobné stretnutie, jeden rozhovor sa uskutočnil online, a to hlavne z dôvodu komplikácií spojených s cestovaním. Po ukončení rozhovoru bol všetkým respondentkám poskytnutý leták s kontaktmi na organizácie poskytujúce krízovú intervenciu alebo psychoterapeutickú starostlivosť. Rozhovory boli zamerané na citlivú tému, ktorá u niektorých participantiek prirodzene vyvolávala emócie, žiadna z nich však nejavila známky retraumatizácie. Všetky respondentky po rozhovore uviedli, že sú v poriadku a každá nejakým spôsobom vyjadrila, že je rada za možnosť zdieľať svoju skúsenosť.

Časový rámec rozhovorov sa pohyboval v rozmedzí 50-120 minút. Pre realizáciu rozhovorov bola využitá jedna z miestností na Filozofickej fakulte Univerzity Karlovy. Rozhovor bol nahrávaný na diktafón a mobilné zariadenie. Pre prepisy rozhovorov bola využitá funkcia automatického prepisu v aplikácii Microsoft Office Word, pričom následne prebehla ešte jeho manuálna úprava.

2.4 Analýza

Za účelom analýzy rozhovorov bola využitá metóda Interpretatívnej fenomenologickej analýzy (Smith et al., 2009). V úvode bola vykonaná reflexia výskumníkovej skúsenosti s danou témou formou vnútorného dialógu a zapisovania poznámok, ktorá je odporúčaná pred samotnou analýzou (Řiháček et al., 2013). Po prepise rozhovorov prebehlo opakované prečítanie textov, súčasťou ktorého bolo zapisovanie poznámok, komentárov, postrehov alebo dojmov, ktoré výpovede respondentiek vzbudzovali. Tieto komentáre boli zapisované formou funkcie pridania komentára v dokumente Microsoft Word. Ďalším krokom bolo rozvíjanie vznikajúcich tém a hľadanie súvislostí medzi nimi. Témy boli s ohľadom na vzájomnú previazanosť zoskupené a pomenované spoločným obecnším názvom. Postupne sa takto začali vynárať nadradené témy a podtémy. Rovnaký postup analýzy bol následne použitý pre ostatné rozhovory. V poslednej fáze analýzy boli prípady porovnávané medzi sebou so zámerom identifikovať vzorce naprieč jednotlivými prípadmi. Na doplnenie analýzy bol použitý aj manuálny spôsob formou rozstrihania si vytlačeného textu a následného vytvárania tematických skupín. Témy boli v priebehu procesu rôzne preskupené a premenované tak, aby výsledný zoznam čo najviac vystihoval subjektívnu skúsenosť respondentiek. Na záver analýzy boli identifikované 4 nadradené témy, ktoré obsahovali 2-4 podtémy. Nadradené témy boli pomenované nasledovne: Kontakt s dieťaťom, Kontakt s okolím, Vyrovnanie sa a Význam spomienok. Všetky nadradené témy a podtémy sú prehľadne znázornené v tabuľke v podkapitole Výsledky.

2.5 Etika výskumu

Výskumná časť práce bola schválená Komisiou pro etiku ve výzkumu, ktorá spadá pod Centrum paliatívnej péče. Detailné znenie vyjadrenia etickej komisie je súčasťou príloh (Príloha 3). Súčasťou žiadosti boli informácie o zákonom spracovávaní a uchovávaní dát. Keďže sa jednalo o audio dáta, rozhovory boli po zaznamenaní na diktafón prepísané do digitálneho súboru a následne vymazané. K nahrávkam a ich prepisom mal prístup len autor a vedúca práce.

Pre oslovenie potenciálnych respondentiek boli zvolené cesty a organizácie, ktoré neboli žiadnym spôsobom zainteresované na výsledkoch projektu. Z tohto dôvodu neboli pre získavanie participantiek využité databázy pôrodníc, a to predovšetkým z obavy, aby ženy neboli vystavené tlaku v súvislosti so spätnou väzbou konkrétnej pôrodnici alebo nezvažovali účasť v štúdiu ako prejav svojej vďačnosti za prístup personálu.

S ohľadom na princíp *non-malficiencie* je špecificky u kvalitatívneho výskumu dôležité uvažovať, do akej miery už len samotné rozprávanie o citlivých témach môže predstavovať riziko pre určitú skupinu účastníkov (Smith et al., 2009). Z dôvodu rizika možnej retraumatizácie neboli do výskumu zaradené aktuálne tehotné ženy, ani ženy, u ktorých od skúsenosti so stratou ubehlo menej ako 6 mesiacov.

Vzhľadom na prácu s potenciálne zraniteľnou skupinou bola venovaná zvýšená pozornosť transparentnosti informácií a citlivej komunikácii. Po vyjadrení záujmu o účasť vo výskume bol všetkým respondentkám zaslaný dokument s dodatočnými informáciami o priebehu výskumu (Príloha 4), ktorý popisoval účel výskumu, okruhy otázok, informáciu o nahrávaní rozhovoru atď. Následne boli potenciálne respondentky ešte raz požiadané o potvrdenie záujmu sa rozhovoru zúčastniť.

V úvode rozhovoru boli účastníčky informované o možnosti ukončenia rozhovoru v akejkol'vek jeho fáze, ako aj o možnosti neodpovedať na otázky, ktoré by im boli nepríjemné a posunúť sa v rozhovore ďalej. Na rozhovor bol vyhradený dostatok času, aby mohli respondentky odpovedať svojim vlastným tempom a v prípade potreby využiť možnosť krátkej prestávky. Pred samotným rozhovorom boli respondentky ešte raz zoznámené s účelom a priebehom výskumu a požiadané o podpísanie informovaného súhlasu s účasťou vo výskume a so spracovaním osobných údajov (Príloha 5), ktorý okrem iného garantoval anonymizáciu dát. V závere rozhovoru bola respondentkám ponúknutá možnosť následnej psychoterapeutickej starostlivosti alebo krízovej intervencie vo forme letáku s kontaktmi na organizácie zaisťujúce túto starostlivosť.

3. Výsledky

Pre analýzu dát získaných z rozhovorov bola použitá Interpretatívna fenomenologická analýza (Smith et al., 2009), ktorej podrobnejší postup je popísaný v kapitole Analýza (2.4). Výsledky v podobe identifikovaných nadradených tém a podtém prehľadne zobrazuje Tabuľka 1. Nasledujúca kapitola sa venuje podrobnejšiemu popisu výsledkov obsiahnutých v týchto témach a vysvetlených v kontexte subjektívneho prežívania respondentiek. Popisy sú obohatené o doslovné citácie respondentiek, vďaka ktorým je možné lepšie porozumieť významu, ktorý skúsenostiam prikladajú. Súčasne sú vo výsledkoch zahrnuté vsuvky v podobe interpretácie daného vyjadrenia skúsenosti.

Tabuľka 1: Zoznam nadradených tém a podtém (Zdroj: autor)

Nadradená téma	Podtéma
3.1 Kontakt s dieťaťom	3.1.1 Vidieť svoje dieťa? 3.1.2 Obava z mŕtveho tela 3.1.3 Potreba niečo si spolu prežiť 3.1.4 Bolo to liečivé
3.2 Kontakt s okolím	3.2.1 Prístup personálu 3.2.2 Nepochopenie od okolia 3.2.3 Vplyv na partnerský vzťah
3.3 Vyrovnávanie sa	3.3.1 Ako to vysvetliť telu 3.3.2 Význam terapie a vnímané bariéry 3.3.3 Zmena perspektívy
3.4 Význam spomienok	3.4.1 Hmatateľné spomienky 3.4.2 Navršená hlina

3.1 Kontakt s dieťaťom

Kontakt s dieťaťom je téma, ktorá sa v určitej miere objavovala u všetkých respondentiek a spomedzi všetkých oblastí sa javila ako jedna z emočne najvýraznejších.

Viacere respondentky už pred samotným pôrodom premýšľali, či budú chcieť svoje dieťa vidieť a vytvárali si k tejto téme určitý postoj. Štyrom respondentkám bol kontakt s dieťaťom ponúknutý, v niektorých prípadoch vyslovene odporúčený. U jednej respondentky táto možnosť nebola personálom ponúknutá a naopak, dostala pokyn, aby sa na bábätko nepozerala. V rozhovoroch zaznievala potreba sa s dieťaťom rozlúčiť, ale aj obavy spojené s výzorom dieťaťa a kontaktom s mŕtvym telom. Všetky respondentky, ktoré držali dieťa v náručí, s ním chceli stráviť nejaký čas. Ich individuálne výpovede spájala potreba niečo si spolu prežiť a vytvoriť si spoločné spomienky.

3.1.1 Vidieť svoje dieťa?

Každá z respondentiek nejakým spôsobom uvažovala o otázke, či chce vidieť svoje dieťa, či s ním môže stráviť nejaký čas a akým spôsobom sa k tejto možnosti má postaviť. Respondentky vo svojich príbehoch popisovali samotný proces rozhodovania a ich pocity s ním spojené. Okrem individuálneho nastavenia matky, jej osobnostných charakteristík, životných skúseností a vzťahu k smrti do rozhodovania zasahujú aj situačné aspekty. Jedným z nich je aj správanie ošetrojúceho personálu, ktorý svojimi verbálnymi alebo neverbálnymi prejavmi ovplyvňuje matkino vnímanie situácie a jej rozhodnutie.

Už pri prvom zamyslení sa nad touto otázkou bol pre každú z respondentiek prirodzený iný spôsob uvažovania a pocitu z predstavy o držaní mŕtveho bábätko. Pre Simonu bolo rozhodovanie rýchle a predstava pohľadu na bábätko bola pre ňu prirodzená: „*Tak já jsem věděla hned, že budu chtít malého vidět, to mi bylo...to mi bylo nějak jako jasný a bylo mi to takový jako přirozený. Tak to jsem se hned rozhodla.*“ Blanka v tejto situácii vychádzala zo svojej predchádzajúcej skúsenosti so stratou dieťaťa tesne po pôrode, na základe ktorej vnímala strávenie času s dieťaťom ako veľmi dôležité: „*...jsem věděla už z té předchozí ztráty jak je to [rozloučení] strašně důležité a jak potřebuji jako to všechno udělat, co jsem tehdy neudělala.*“ Pre Zuzanu, ktorá sa rozhodla pre donosenie dieťaťa s vývojovou chybou, bola možnosť rozlúčenia sa s dieťaťom kľúčová už pri výbere pôrodnice: „*A tam jsem měla jako přání, aby jsme tam fakt mohli být, aby se tam mohli přijít rozloučit sourozenci, protože v tom příběhu byli s námi, že jo.*“ Diana sa so svojím partnerom v prvej chvíli zhodla, že dieťa po pôrode nebudú chcieť vidieť, avšak po odporúčaní od lekárky svoje rozhodnutie prehodnotili: „*My jsme se o tom bavili s partnerem a byly jsme jako za to že úplně nechceme, že to pro nás...asi já jsem se bála aby mě to potom nestrašilo, nebo prostě, abych neměla úplně jako špatný vzpomínky na to, tak jsme byli rozhodnutí, že stoprocentně ne a paní doktorka fakt ta dětská byla strašně jako milá a všechno, takže...ne že by nás úplně přemlouvala jen nám to jakoby navrhla a doporučila*

a my vlastně jsme to jakoby probrali s manželem, pak jsme říkali, že jo, že vlastně je to asi lepší, že vlastně už to člověk jako znovu nezažije.“ Jej skúsenosť ukazuje, ako môže u matky citlivá podpora personálu napriek počiatočnému odmietnutiu viesť k rozlúčeniu s dieťaťom, ktoré je v spätnom pohľade vnímané ako dobré rozhodnutie.

Karolína, ktorá z dôvodu ťažkej vývojovej chyby podstúpila umelé ukončenie tehotenstva mala z celej situácie dojem, že jej personál nedal žiaden priestor na rozhodovanie, nezaujímal sa o to, čo sama chce a istým spôsobom rozhodol v tejto situácii za ňu tým, že jej aj manželovi dali jasné inštrukcie: *„...ale když už se to teda blížilo ke konci, potom co tam prostě se mi váleli po břiše, dělali se mnou šílené věci, tak vlastně manželovi řekli, ať jde na chodbu a čeká na chodbě a mně řekli, ať se tam ani nedívám, ať prostě, ať to nevidím, ani se mně nezeptali...ani se mně nezeptali, jestli to miminko chci vidět nebo ne. Prostě mi řekla, ať se tam nekoukám.*“ Tento prístup personálu bol pre ňu veľmi zraňujúci: *„A zrovna prostě neměla jsem sílu se tam s nima najednou uprostřed tady toho všeho hádat a jako vydupávat si tam, že vlastně něco chci vidět, neměla jsem na to sílu v tu chvíli. Takže tady to byla pro mě taková jako druhá nečekaná dost rána no.*“ Skutočnosť, že personál jej dal jasné pokyny, ktoré v danej chvíli nasledovala, v Karolíne pravdepodobne mohlo viesť k uvažovaniu nad tým, že sa mala nejakým spôsobom „hádať“ alebo si „niečo vydupávať“. V nerovnocennej situácii voči autorite lekárov bolo však prirodzenou reakciou postupovať podľa odporučení.

3.1.2 Obava z mŕtveho tela

V súvislosti s otázkou kontaktu s bábätkom u troch respondentiek zaznievali v nejakej forme obavy alebo neistota z kontaktu s mŕtvym telom bábätko. Niektoré respondentky sa obávali, ako bude telo dieťaťa po smrti vyzeráť a nechceli, aby ich tento pohľad vydesil. Simona popisuje svoj strach nasledovne: *„Já jsem se totiž...já jsem měla strach z toho, jak bude vypadat. Já jsem se bála, aby to, aby nebyl nějak znetvořený, protože přece jenom, že jo, miminko mrtvé...(...)...říkala jsem si, ty jo, aby mě to potom nějak v budoucnu neděsilo. Ten obrázek, měla jsem, neuměla jsem si to představit vůbec.*“ Diana vyjadruje podobné pocity: *„...asi já jsem se bála, aby mě to potom nestrašilo, nebo prostě, abych neměla úplně jako špatný vzpomínky na to.*“ Obe respondentky už v tej chvíli mysleli na to, aby si do budúcnosti nevytvorili nepríjemné spomienky a aby pre ne táto skúsenosť nebola na spracovanie práve kvôli kontaktu s bábätkom potenciálne traumatizujúca. Simona aj Diana veľmi podobne popisovali, ako im pomohol prístup lekárov a sestričiek, ktoré im rozlúčenie s dieťaťom odporučili. Zároveň im navrhli, že sa na dieťa najprv sami pozrú a popíšu im ako vyzerá, aby

sa na to vedeli pripraviť. Obe respondentky nakoniec dieťa videli a vnímali tento moment veľmi pozitívne.

Obava z mŕtveho tela sa v rozhovore objavila aj v kontexte vytvárania spomienok. Blanka v súvislosti so svojou prvou stratou dieťaťa spomína na to, aké pocity mala, keď si chcela s manželom dieťa odfoťiť: *„Ale práve že u toho prvého porodu jsme si ani...nebo vyfotili jsme, obličej jsme vyfotili a měli jsme z toho ale hrozně špatný pocit. Pak jsme byli za to strašně vděční, ale prostě ten...to, že jako je to divný si fotit prostě mrtvý tělo, jako to to jsme...prostě to se strašně těžko překousává.“* Nepříjemný pocit z fotenia mŕtveho dieťaťa môže byť vyvolaný viacerými faktormi a Blanka to v rozhovore ďalej nešpecifikuje. Pokiaľ nedostala v daný moment z okolia podporu alebo informácie, mohla mať pocit, že robí niečo zakázané alebo spoločnosťou neakceptované. Pri strate ďalšieho dieťaťa sa už stretla s podpornejším prístupom, kedy jej bola zo strany personálu ponúknutá chladiaca posteľ, ktorá zabezpečila, aby s bábätkom mohla stráviť dlhšiu dobu. Blanka mala z využitia postele zmiešané pocity a najradšej by si dieťa nechala na rukách, mala však obavy, čo sa s telom bude po smrti diať: *„Možná jsem si ho mohla nechat v rukách, ale jako měla jsem z toho prostě strach. Přece jenom je to jako mrtvý tělo a jsem nevěděla jak jako, co to tělo dělá, jak se jako chová po smrti, nebo vlastně v tom prvním, při té první ztrátě jsme ji měli jenom chvíli, takže já jsem prostě nevěděla, jestli můžu teda vlastně ho držet, nebo nemůžu, jestli už to není nějaký jako závadný nebo...“*

V rozhovoroch je v tomto kontexte spoločná istá potreba pripraviť sa na to, ako telo dieťaťa po smrti vyzerá a vedieť, akým spôsobom s ním zaobchádzať. Pokiaľ bola respondentkám poskytnutá podpora a informácie, zmiernilo to ich obavy a umožnilo im to zažiť kontakt s bábätkom, ktorý spätne veľmi ocenili.

3.1.3 Potreba niečo si spolu prežiť

Keď sa respondentky v rozhovoroch zamýšľali nad tým, akým spôsobom trávili čas so svojím dieťaťom po pôrode, z ich rozprávania vyvstávala istá potreba niečo si s dieťaťom prežiť. Aj keď sa bábätko narodilo mŕtve, pre niektoré respondentky bolo významné sa o neho nejakým spôsobom postarať, rozprávať sa s ním alebo si s ním vytvoriť spoločné zážitky aj počas tej krátkej chvíle, ktorú spolu mali.

Zuzana vnímala ako veľmi dôležitú už len samotnú možnosť mať dieťa pri sebe v prostredí, kde bolo zabezpečené súkromie: *„A měli jsme tam...jak je ta dvouhodinka po tom porodu tak dvě hodiny jsme ji tam měli, prostě nikdo nám tam nešel, nikdo nerušil a my jsme si*

ji mohli jako obejmout. A to vnímám, že pro mě bylo strašně důležitý, že jako jsem fakt tam, taková směs toho koktejlu že, jako máte to dítě, ono teda není, není živý, ale aspoň ho máte. Že to není ty prázdný ruce a nic. A ještě na začátku, že byla teploučká, člověk se tak jako postupně srovnává s tím, že fakt nežije. A za to jsem šťastná. “ Jej uvažovanie v slovných spojeniach „nie je živé ale aspoň ho máte“ a „prázdné ruky a nič“ sa pravdepodobne dotýka určitého pocitu neprirodzenosti zo situácie, kedy žena porodí dieťa ale nemá možnosť si ho privinúť a cítiť ho vo svojej blízkosti. Pre Zuzanu bolo držanie dieťaťa a počiatočné vnímanie jeho telesného tepla cestou k postupnému zmierovaniu sa s tým, že nežije.

Simona popisuje, ako spolu po pôrode trávili s manželom čas ako rodina a spoločne si predstavovali, aké by to bolo, keby bábätko žilo. Na tento spoločne strávený čas spomína s veľkým pokojom: „...*jak měl manžel tu postel tam tu rozdělanou, tak jsme si lehli do ní a dali jsme si ho mezi sebe a tak jsme tam s ním chvílku jako leželi. Nespali jsme, ale tak nějak jsme si říkali, že by to bylo krásný, kdyby byl naživu, že bysme tam takhle mohli doma, že jo, mít ho taky a tak jako takovou pohodu jsme si udělali.*“ Zároveň pre ňu bolo prirodzené na bábätko rozprávať: „*No a tahleta fáze byla prostě krásná a já jsem mu, já jsem na něj mluvila, jsem říkala, cos nám to udělal?*“ Simona mala potrebu si bábätko poobzerať a zachytiť pre seba čo najviac detailov o tom, ako bábätko vyzerá: „*A já jsem si ho potom postupně jako otáčela, snažila jsem se ho všeho si ho prohlédnout, no bylo to dokonalé miminko, jako to tam nebylo vůbec nic špatně.*“

Blanka do svojho rozprávania vnáša okrem samotnej dôležitosti rozlúčenia aj aspekt času, ktorý mal podľa nej vplyv na to, akým spôsobom chvíle s bábätkom trávila a čo si v tejto situácii „dovolila“ urobiť: „*Byli jsme s ním i vlastně tak dlouho, že i ta bariéra, která tam třeba byla, kterou jako bych...v první hodině neudělala, tak prostě nakonec stejně jako že jsem mu zazpívala ukolébavku, to bych v té hodině prostě první stejně nedokázala. Tak prostě po těch dvanácti hodinách už jsem to udělala a bylo to prostě aspoň, že jsme si spolu aspoň něco jako prožili.*“ Z rozprávania je cítiť, že v prvých chvíľach môže byť pre matku zvláštne správať sa k mŕtvemu dieťaťu tak, akoby sa správala, keby dieťa bolo živé. Je možné, že to vytvára istý pocit zahanbenia alebo „nenormálnosti“. Ako však čas plynie a žena sa stále viac zžíva so svojou materskou rolou a zároveň si zvyká na prítomnosť a stále väčšiu blízkosť mŕtveho dieťaťa, jej obavy sa postupne rozplývajú a dovoľí si naplniť svoje potreby vo vzťahu k bábätku.

Pre Zuzanu bolo taktiež dôležité, aby nemala striktné obmedzenia na to, koľko času môže s bábätkom stráviť. Z jej rozprávania bolo cítiť potrebu slobody vo vzťahu k rozlúčeniu

sa s dieťaťom a zároveň silnú potrebu zapojenia rodiny do celého procesu: „*A nakoniec, jak byla ta noc a nikdo nám nezasahoval do toho, tak manžel pak odjel pro děti v noci a s tou porodní asistentkou jsme ji potom jako omyly, nachystaly, vlastně jak se chystají mrtvý a ještě jsem ji tam měla nějakou...ještě jsem ji tam mohla mít jako při sobě v té noci, že přijely ty děti, že se s ní taky mohly rozloučit... A takže si i ty děti jako pochovaly, a tak jsme tam mohli v tu noc být jako rodina s tou Andrejkou, která teda jako se nenarodila živá no.*“

3.1.4 Bolo to liečivé

Respondentky, ktoré mali priestor sa s bábätkom rozlúčiť považujú tento zážitok za veľmi cenný hneď z niekoľkých hľadísk. Prvotne bolo pre ne dôležité zažiť blízkosť s bábätkom a nadviazať s ním na vzťah, ktorý sa začal utvárať už v tehotenstve. Respondentky mali potrebu vidieť, ako bábätko vyzerá, prípadne venovať pozornosť aj detailom, obzrieť si ruky, nohy, dať dole čiapočku a vidieť vlasy dieťaťa. Z rozprávania bolo cítiť, že sa snažia dieťa čo najviac nacítiť, navnímať a uchovať si vo svojej myslí konkrétny obraz toho, ako bábätko vyzeralo. Ich dojmy sú vyjadrené v nasledujúcich úryvkoch:

„Nechali nám ten prostor a to bych přála všem maminkám, pokud jako by si to přály ony, protože to bylo léčivé. To fakt jako bylo...to bylo krásný ji mít u sebe. Mocť ji fakt držet.“ (Zuzana)

„...a musím říct, že tohleto byl...asi nejhezčí moment mého života, kdybych to tak nějak měla zhodnotit, tak jak mi ho dali a jak byl jako teploučkej a moc krásně voněl...(…)...tak to bylo úžasný a já jsem se s ním začala pomalu seznamovat...(…)...Za to jsem zpětně strašně vděčná, bylo to fakt fajn, a bylo to hrozně důležité a nemohla jsem se ho nabažit.“ (Simona)

„Jo, byli jsme rádi a přišlo mi to důležitý asi i z toho hlediska, že jsem jako viděla jak vypadá...jo, že vlastně jako je všechno v pořádku, že prostě spinká a bylo by mi to líto, kdybych se nerozloučila.“ (Diana)

Dianine slová „*je všetko v poriadku, že proste spinká*“ naznačujú, že aj keď dieťa už nežije, matka potrebuje isté uistenie, že je v nejakom zmysle v poriadku a že ho takto môže nechať ísť. Vidieť dieťa, držať ho a stráviť s ním nejaký čas môže žene dodať väčší pocit pokoja a plynulejší prechod k finálnemu rozlúčeniu sa s dieťaťom, ktoré obvykle nastáva v momente, kedy ho je pripravená predať do rúk personálu. Blanka, ktorá zažila perinatálnu stratu dieťaťa dvakrát, v tejto súvislosti porovnáva svoje pocity pri rozlúčení sa s oboma deťmi: „*Protože to*

je prostě strašně těžký ho dát pryč. Ale cítila jsem jako v tom mnohem větší pokoj než při té první ztrátě. Tam mě to jako úplně rvalo, prostě že ji musím dát pryč a myslím, že to bylo i tou nepřipraveností i tím časem, který jsem s ní měla. Že potom vlastně já jsem tam porodila tak třeba ve dvě hodiny odpoledne a vlastně pak celej ten den noc jsem byla v tom pokoji úplně sama a měla jsem pocit, proč je to moje dítě někde prostě v mražáku na druhým konci nemocnice, když já ho potřebuju mít a zahřívát ho. A i kdyby byl mrtvý, tak proč nemůže být u mě, když jsme jakoby ve stejné budově ve stejném prostě objektu... Proč má být někde jinde? A tohleto už jsem tady.. tím, že jsem fakt s ním byla jako dlouho, tak to prostě nebylo tak strašně bolavý no.“ Z Blankiných slov vyplývá isté nepochopenie a pocit absurdnosti z toho, že je od dieťaťa oddelená stenami v situácii, kedy by ešte mohli byť spolu a dosycovať jej prirodzenú potrebu sa o dieťa postarať. Popisuje, ako ju „trhalo“ uvedomenie, že dcéru musí dať preč v momente, kedy sa na to necítila vôbec pripravená. Pri druhej strate mala možnosť so synom stráviť dlhší čas, pričom zo strany pôrodnice mala podporu aj v poskytnutí chladiacej postele. Hoci z nej mala zmiešané pocity a istý pocit „divnosti“, vnímala ju ako prostriedok k tomu, aby mohla so synom byť dlhšie.

3.2 Kontakt s okolím

U všetkých respondentiek bola z určitého pohľadu významná téma prístupu ľudí v ich okolí, každý príbeh však dával dôraz na iný aspekt. U niektorých respondentiek bol veľmi výraznou témou prístup personálu, a to či už v pozitívnom alebo negatívnom zmysle. Niektoré z respondentiek vnímali v silnej miere nepochopenie v rodine, u iných boli práve vzťahy v rodine dôležitým podporným aspektom. Každá z respondentiek nejakým spôsobom prežívala vplyv tejto skúsenosti na partnerský vzťah.

3.2.1 Prístup personálu

Vzhľadom na to, že pôrod mŕtveho dieťaťa, s ktorým mala skúsenosť každá z respondentiek, je veľmi emotívny zážitok, matky citlivo vnímajú správanie ľudí okolo a podporu, ktorá im je poskytovaná. Všetky respondentky sa v nejakej miere vyjadrovali o ich zážitku z pôrodnice, ich príbehy sa však líšili a zahrňovali dojmy na škále od veľmi pozitívnych až po veľmi negatívne. Ich skúsenosti mali ale niekoľko spoločných znakov, a to prevažne v tom, aké potreby mali vo vzťahu k personálu, prípadne aké pocity v nich ich konanie vyvolávalo.

Výraznou témou bolo vnímanie rešpektu zo strany zdravotníkov, a to predovšetkým u dvoch respondentiek, ktorých dieťaťu bola diagnostikovaná závažná vývojová chyba.

Nezávisle od toho, či sa ženy rozhodli dieťa donosiť alebo podstúpiť umelé ukončenie tehotenstva, obe z nich vnímali zo strany zdravotníckeho personálu nedostatok rešpektu. U Zuzany sa jednalo o silné vnímanie „nerešpektu“ k voľbe dieťa donosiť, napríklad zo strany sestier, ktoré sa k jej rozhodnutiu vyjadrovali: *„A to jste si ho jako nechala??...nebo takový jako komentáře od sester jako – a to jste ještě těhotná? a to jste jako blázen? - Naprosto nerespektující prostředí, to bylo hnusný.“*

Obe respondentky v niektorej fáze, buď pri rozhodovaní alebo až pri samotnom pôrode, necítili priestor pre možnosť voľby a vnímali prístup personálu voči nim ako direktívny:

„...ani člověk nemá čas jako se zastavit, všimnout si, co chce. Kam, co je s ním v souladu, jako vlastně vám nedají šanci si něco myslet, a cpe se tam jednoznačně direktivně – prostě bude to takhle“ (Zuzana)

„Přišlo mi že najednou měli pocit, že jako že to všechno tam řídí oni a oni vědí nejlíp jak to teda jako ostatní chtějí a že vlastně do toho nemáme co mluvit, no.“ (Karolína)

Tieto popisy naznačujú pocit zahltenia pokynmi lekárov, ktorý mohol uberať priestor pre vlastné zamyslenie sa nad tým, čo respondentky samy pre vyrovnávanie sa s danou situáciou potrebujú. Z úryvkov vyplýva istá potreba stíšenia a návrat k sebe samej, svojim potrebám a prianiam. Okrem týchto pokynov v niektorých momentoch vnímali respondentky komunikáciu ako nielen nerešpektujúcu, ale až veľmi zraňujúcu. Karolína popisuje, akým spôsobom jej bola komunikovaná nutnosť fetocídy pred pôrodom: *„jako ona mi jen tak mezi řečí řekla – jo aha, to už jako je riziko, že bude vážit přes půl kila, no tak to tam musíme píchnout ten draslík, přece nechceme nikdo aby se to narodilo živý, že jo“*. Táto informácia bola Karolíne komunikovaná krátky čas pred pôrodom a príliš neskoro na to, aby mala priestor ju spracovať: *„...na to, že se to vlastně řešilo už jako dva týdny, tak že mi vlastně až den před ní, před nástupem do porodnice mi teprve v tu chvíli jenom tak mimo řeči řekli, že ještě vlastně se bude muset udělat fetocida předtím, takže ještě vlastně nejdřív to dítě zabijou...(…)... takže...to mě vlastně v tu chvíli hodně...tak jako rozbilo a jako celou tu situaci to hodně ztížilo.“* Hoci Diana mala celkovo skúsenosť s personálom veľmi pozitívnu, aj ona sa stretla s nepríjemnou poznámkou od jednej zo zdravotných sestier: *„...taková velká sestra, která přišla a řekla, že nemám důvod brečet, že mi to k ničemu nepomůže. Naštěstí tam byla jenom noční směnu, pak už jsem ji neviděla a to bylo...zbytek sestřiček od uklízeček přes doktory, všechno jakoby v pořádku ale tady ta jedna sestra absolutně neměla pochopení a myslím si, že říct těhotné ženě, která přišla právě o dítě, že nemá důvod brečet, že to k ničemu nepomůže, to úplně nebylo*

lidský.“ Bolestivé komentáre a neakceptovanie emócií vnímali respondentky ako neľudské a neprofesionálne.

Spoločným znakom všetkých rozhovorov bola potreba informácií zo strany personálu, niekoľko respondentiek vyjadrovalo veľký pocit vďačnosti za poskytnuté informácie, ktoré vnímali ako užitočné. Simona oceňovala, že sa mohla spýtať na všetko: *„Sedla si tam vedľa mňa a poslouchala mňa a vlastne mi rekla, že se můžu zeptat na cokoliv, co mě zajímá. Takhle to začalo. Tak jsem se jí právě vyptala na všechny ty věci, které mě zajímaly, což bylo třeba co se stane po porodu, co se stane s malým, jak se s tím jeho tělíčkem bude nakládat, jak to funguje.“* Niektoré z respondentiek popisovali aj situácie, kedy pre ne informácie neboli dostatočné, prípadne neboli poskytnuté s potrebným predstihom. Blanke by pri jej prvej strate dieťaťa pomohlo väčšie vedenie zo strany personálu: *„Já bych rozhodně potřebovala slyšet to, co všechno můžu udělat. A i kdyby to třeba bylo něco, co bych nechtěla udělat, tak kdyby mi prostě řekli, můžete ho úplně vyslíct a podívat se na něho prostě, nebo můžete ho... jako můžete ho chovat, můžete ho přebalovat, můžete ho já nevím prostě...můžete mu sundat tu čepičku, takový věci jako nebo zamyslete se nad tím, jestli mu nechcete prostě zazpívat písničku, nebo....hm... nebo jestli si ho nechcete vyfotit třeba a tak.“* Z úryvku vyplýva potreba rozprávania nielen o samotnom procese pôrodu, ale aj o detailoch, týkajúcich sa nakladania s bábätkom, o tom „čo si môžu dovoliť“, aj o možnostiach trávenia času s bábätkom, ktoré ženy v prvej chvíli nenapadnú, avšak v dlhodobej perspektíve môžu byť veľmi nápomocné.

Pre Blanku malo správanie personálu súvislosť aj s vnímaním vlastnej sebahodnoty. V rozhovore popisuje, ako na ňu pôsobilo, keď pôrodná asistentka zostala v práci aj po skončení svojej smeny, aby mohla Blanku podporiť až do poslednej chvíle: *„Takže to bylo prostě pro mě hrozně silný, že... že jsem jí za to stála, aby tam ještě se mnou byla, protože tady v tom stavu, kdy jako, kdy... nebo jako aspoň já jsem to tak měla, že tu smrt jako hledám ty příčiny v sobě, že proč, proč to dítě mi zemřelo, co jsem, proč jsem si to zasloužila, čím jsem si to zasloužila? Jaký trest na mě spadnul? Takže jakoby ta moje sebahodnota šla prostě strašně dolů. A když ona vlastně tam kvůli tomu jako se mnou chtěla zůstat, tak mě to prostě moc pomohlo, no.“* Kontakt s druhým človekom a pocit, že „jej za to stojí“, bol vnímaný ako významný moment z ktorého cítiť isté poľudštenie vo vzťahu k sebe samej pri vyrovnávaní sa s vlastným sebaobviňovaním.

3.2.2 Nepochopenie od okolia

Tri z piatich respondentiek zažívali v nejakom zmysle pocity nepochopenia od rodiny a blízkeho okolia, ktoré vo vnímaní ich skúsenosti zohrávali významnú rolu. Niektoré respondentky priamo pomenovali pocity osamotenía vo svojej skúsenosti a bolesť, ktorú im spôsobili. Výpovede naznačujú, že správanie okolia malo veľký vplyv na to, ako sa cítili.

Blanka popisuje svoje prežívanie v nasledujúcom úryvku: *„Mě asi chybělo to....no jako pochopení toho světa prostě že i té nejbližší rodiny, že to, že to nechápe někdo, kdo je prostě, já nevím zaměstnavatel nebo někdo, tak to je prostě pochopitelný, ale že to třeba nemůže pochopit, ale jako skutečně nemůže pochopit ani ta rodina, tak to bylo pro mě asi hrozně těžký. Na to asi jsem se s tím zřejmě ještě nevyrovnala.“* Z Blankinho popisu vyplýva istý rozdiel medzi úrovňami pochopenia, s ktorým sa pri svojej skúsenosti stretávala. Zdá sa, ako by odlišovala druh pochopenia „na oko“, ktoré pravdepodobne od okolia dostávala avšak nebolo pre ňu v tej chvíli dostačujúce, od „skutočného pochopenia“, ktoré sa môže týkať napríklad schopnosti vcítiť sa do jej prežitku, vnímania sveta po strate a pocitov, ktoré sú pre ňu ťažko opísateľné. Táto absencia „skutočného pochopenia“ mohla vyvolávať pocity opustenia a osamotenía. Tie popisuje aj Zuzana: *„...já jsem se v tom cítila hrozně opuštěná, hrozně sama...(...)...ona i ta rodina se k tomu stavěla tak jako podivně...že...se toho bych to řekla, že se jako toho každéj bál a... to teda není k lékařskému prostředí, ale pro mě to je část, která mi tam zůstává jako taková...taková smutná, jako že i třeba mí rodiče se k tomu postavili, jako kdyby neexistovala.“* Pre obe respondentky bolo najviac boľavé práve nepochopenie od blízkych ľudí, ktoré dávali do kontrastu s nepochopením v profesijnom alebo zdravotníckom prostredí. Zuzana pociťovala smútok z toho, že sa stretla s istou mierou popretia skutočnosti, že dcéra existovala a že bola živou bytosťou: *„...tak to tam chybělo...vůbec ten respekt k tomu, že pro mě to bylo živé dítě. Já jsem s ní v tom kontaktu byla. Jak mám jako milovat tři děti a čtvrtý jako se tvářit že co... že tam jsem nosila v břicho co jako? Něco, TO.“* Tento prístup mohol vytvárať veľkú priepasť medzi ňou a jej najbližšími, kde na jednej strane Zuzana prežívala stratu svojho dieťaťa, ku ktorému mala prirodzene vytvorený vzťah a silné spojenie, a na druhej strane zažívala vnímanie okolia, ktoré nechcelo akceptovať, že jej skúsenosť je skutočná. Z rozhovoru bolo cítiť silné odmietanie tohto postoja rodiny a vytvorenie si istej vnútornej hranice, ktorú si voči okoliu nastavila: *„Moje dcera, nemůžu říkat že není, nemůžu se tvářit, že nebyla pro mě. To jako je nepřipustný.“* Zároveň sa nepochopenie od rodiny prejavovalo aj v súvislosti so zotavovaním po pôrode, kde bol taktiež prítomný neakceptujúci postoj: *„Bylo to náročný vlastně, jako kdyby člověk, když nemá to miminko, tak neměl nárok na šestinedělí, že*

jo, že se na to tak všichni jako dívají divně. To mě stálo hodně sil, jako si dát čas na zotavenou... (...)...když se teď na to vzpomínám, tak i tak vnímám, že tam byl vytvářený velký tlak a postupně jsem si jako řekněme, jak to říct, na něj nasedla, jako jsem se nechala strhnout, tím že vlastně nemáš dítě. Jaký šestinedělí? Není, vypadáš normálně, normálně funguj. A je pravda...jo, to je pravda, že to jsem to tam bylo co šestinedělí že vůbec ten prostor pro to truchlení, jako kdyby zase neexistoval. Jako kdyby bylo po týdnu, po čtrnácti dnech – no tak už jsi si to obřečela, dobrý, jdeme dál, zapomeň jako.“ Zuzana mala pocit, ako by si svoj „nárok na šestonedelie“ mala nejakým spôsobom pred okolím obhajovať.

Pocity osamelosti u seba vnímala aj Karolína: *„Nejhorší pro mě bylo, že vlastně jako se mě báli ostatní jako na cokoliv zeptat třeba, ať už já nevím kamarádi v práci, rodina, kdokoliv, že vlastně to, že dělali jakože se nic nestalo. To bylo asi takový nejhorší.“* Pre Karolínu bolo ťažké byť v situácii, kedy cítila od ostatných ľudí obavy z komunikácie s ňou a vnímala, že sa tvária „akože sa nič nestalo“. Vo svojom rozprávaní sa zamýšľala nad tým, koľko podpory vo forme letákov a aktivít organizácií je venovaných rodičom po strate, avšak pre ňu samotnú by bolo účinnejšie, keby boli v tomto smere edukovaní ľudia v jej okolí, ktorí podľa nej *„víceméné jako pak utvářejí to jak to vlastně člověk všechno prožívá.“* Zároveň jej chýbala možnosť zdieľať svoje prežívanie s niekým, kto prechádzal podobnou skúsenosťou: *„...že mi třeba i chybělo jako vlastně moct se o tom pobavit i třeba s někým jako kdo si tím taky prochází. Že to třeba vlastně mi v tu chvíli taky chybělo. Že jako sice jsou toho plný fóra někde na emiminu, jako kdo si tím prošel před deseti lety tamhle a tamhle ale vlastně i to, že třeba jako v tu chvíli vlastně člověk jako nemá někoho, kdo v tu chvíli řeší to samé.“* Z výpovede vyplýva, že by najviac ocenila kontakt s niekým, kto prežíva rovnaké pocity súčasne s ňou. Ako možný príklad sa ponúka skupinová terapia s homogénnou skupinou ľudí po perinatálnej strate.

Z rozprávania každej z respondentiek však vyplýva, že si vo svojom okolí dokázali nájsť niekoho, s kým túto skúsenosť mohli prežiť s pochopením. Vo veľa prípadoch bol touto osobou manžel, u Blanky bola podpora manžela doplnená blízkou ženou z rodiny, u Zuzany bola, naopak, absencia podpory manžela čiastočne nahradená silnou podporou pôrodnej asistentky: *„všichni se tomu tématu vyhýbali a ta Linda [porodní asistentka]... jako tu mi poslal anděl.“* Aj napriek podpore však Blanka cítila, a doteraz cíti, istý pocit nezapadnutia do sveta a veľké odlišnosti medzi jej „iným svetom“ a svetom ostatných: *„Že doted' mám pocit, že to moje prožívání je úplně jiný, že vnímám jiné věci než...hmm...než ti lidi kolem mě, že jsem už do něho do toho světa nikdy nezapadla tak, jak... tak jak jsem tam byla předtím no.“*

3.2.3 Vplyv na partnerský vzťah

U každej z respondentiek hral v jej príbehu veľkú rolu manžel, pričom vo väčšine prípadov bol v celom procese vyrovnávania sa veľkou oporou. Blanka vo svojom rozprávaní zahrňuje svoj pohľad na vzťah po oboch stratách a porovnáva tieto dve skúsenosti: „*Ted' si myslím, že nás to jako hodně sblížilo, protože jsme to prožívali spolu a věděli jsme, že o tom máme mluvit spolu a že se nemáme jakoby uzavírat každý v té svojí bolesti... protože to poprvé, byla taková jako vlna toho žijeme spolu v té velké bolesti ale potom jsme si to začali prožívat jako každý svojí cestou a přestali jsme o tom mluvit, protože už jsem, já jsem měla ten pocit ...že už jsem v tom sama a že už ho, jako že už ho tím nechci zatěžovat, že už mu tu bolest nechci znovu otevírat a...takže tam pak vznikla jako velká propast.*“ Týmto popisom Blanka pravdepodobne naráža na nekongruentné spôsoby zvládania, ktoré sa prejavujú u mnohých párov a často spôsobujú nejaký pocit vzájomného vzd'alovania sa. Vďaka skúsenosti po prvej strate Blanka viac vnímala, akým spôsobom si zachovať blízkosť a predísť tomu, aby sa s manželom uzatvárali „každý v svojej bolesti“. Ďalej Blanka, rovnako ako aj ďalšie dve respondentky, popisuje silné spojenie s partnerom a posilnenie vzťahu:

„...*hodně nás to spojilo v tom, že tohle je ten náš osud s tou naší bolestí...hmm...je to nás obou, ale vytrhlo nás to oba dva z toho světa, tak se trochu cítíme jako takový ostrovy vůči ostatním lidem, že máme jako jiné prožívání.*“ (Blanka)

„...*vlastně byl ten hrdina pro mě, takový ten opěrný sloup, o který prostě jsem se mohla kdykoliv opřít, vyplakat...(...)...musím říct, že takhle s odstupem času, tak můžu říct, že určitě nám to posílilo ten vztah s manželem.*“ (Diana)

„... *taky jsem byla ráda, že ho mám u sebe prostě blízko, že tam, že tam je tahleta moje jako mě ta nejbližší osoba. A vlastně...byl to táta že jo, takže to, že nám umřelo to miminko, tak to byla vlastně de facto jenom taková naše záležitost, protože nikdo jiný to miminko tolik neznal.*“ (Simona)

Blankin a Simonin výrok naznačujú silné fixovanie sa jeden na druhého a isté príľnutie k sebe, vďaka skúsenosti, ktorá bola v tej dobe ostatným blízkym ľuďom neprenositelná. Z výpovedí vyplýva, že sa prežívanie v istej miere týkalo len ich dvoch a že už z podstaty veci nemohol nikto iný s nimi túto hĺbku prežívania zdieľať. Simona tiež zdôrazňuje, ako dôležité bolo pre ňu na nejaký čas odfiltrovať okolie a sústrediť sa spolu s manželom sa len sami na seba a na svoje mentálne zdravie.

V príbehu Zuzany je vzťah s partnerom taktiež dôležitou témou, vníma však, že ich táto skúsenosť od seba vzdialila: „...že vlastne jsme se začali zásadně rozdělovat právě u té Andrejky...kdy...on vlastně nechtěl, abych si ji nechala.“ Podľa Zuzaninho popisu im v páre vzťah komplikovalo už samotné tehotenstvo a vzťah k nemu, kedy sa spoločne nezhodli na tom, či si neplánované dieťa majú nechať alebo tehotenstvo ukončiť. Informácia o vážnej diagnóze a následná strata potom bola pre vzťah ďalšou náročnou situáciou.

3.3 Vyrovnávanie sa

Téma vyrovnávania sa sa zameriava na obdobie po pôrode a podtémy súvisiace s jeho zvládaním. Respondentky v rozhovoroch popisovali svoje prežívanie v období šestonedelia a psychické výzvy s ním spojené. Zhodovali sa v tom, ako náročné bolo pre ne prijať fakt, že z pôrodnice odchádzajú s prázdnyimi rukami a nemajú svoje bábätko, o ktoré by sa chceli starať. Niekoľko výpovedí sa týkalo pociťovania istého nesúladu duše a tela, ktoré sú popísané v samostatnej podtému s názvom Ako to vysvetliť telu. Respondentky tiež reflektovali svoje postoje k terapii a prípadné skúsenosti s ňou. Okrem ocenenia terapeutickkej pomoci zaznievali aj popisy prekážok, ktoré ich od vyhľadania pomoci odrádzovali. V závere sa táto časť venuje spôsobu, akým skúsenosť so stratou ovplyvnila vnímanie života respondentiek v nasledujúcom období. Niektoré z nich popisujú hlbšie prežívanie smutných aj radostných chvíľ, prikladajú väčší význam vzťahom alebo u seba vnímajú celkové posilnenie osobnosti.

3.3.1 Ako to vysvetliť telu

Obdobie šestonedelia po perinatálnej strate je špecifické tým, že žena porodila dieťa, ale nemá možnosť sa o neho v následnej dobe starať a robiť tak veci, na ktoré je jej telo prirodzene nastavené. Respondentky v rozhovoroch hovorili o pocitoch „prázdnej náruče“ a reakciách tela, ktoré zodpovedajú štandardnému popôrodnému stavu. Po pôrode sa u mnohých žien spúšťa laktácia, ktorá je pre matku ďalšou pripomienkou toho, že o dieťa prišla. Tieto pocity nerovnováhy medzi telesným a psychickým prežívaním popisujú nasledujúce úryvky z rozhovoru:

„...já jsem se tam setkávala vlastně i u svého těla, jak tomu tělu mám vysvětlit, že už nemá dítě? To bylo...já nevím, co to v nás je, ale ta potřeba, to tělo reagovalo pořád jako...nic, porodilo jsem dítě, dej sem dítě, kde je? Ne, není. A ta prázdná náruč, to fakt jako bolelo dlouho.“ (Zuzana)

„Ale to šestinedělí furt probíhá prostě klasicky, tak jako teče mléko a člověk krvácí nebo žena krvácí... akorát prostě člověk nemá nikoho že jo v té postýlce a nemá komu dát to

mléko a nemá se o koho starat. Tak to si myslím, že je strašně náročné. Že ani ne ten samotný porod ale opravdu to být prostě... potom odjíždí z té porodnice a být prostě doma bez toho dítěte. Ačkoliv všechny příznaky, že... nebo tělo si prostě myslí, že ta žena má to dítě, že všechno dělá, že jo proto, aby byl dostatek mléka a všechno a... takže to bylo těžké. To bylo náročné.“ (Diana)

„Bylo to hodně takový že.. třeba ty první dny jsem třeba měla potřebu o tom nějak mluvit, pak třeba další týden jako naopak jako jsem nechtěla, pak zase jo, a tak to bylo takový, že se to střídalo hodně asi a myslím si, že to i jako souviselo opravdu jako hormonálně, tak jestli nějak se člověk tak jako z toho všeho srovnává. Ale bylo to...bylo to jako hodně takové různé, no.“ (Karolína)

Tieto popisy vyjadrujú pociťovanú túžbu mať dieťa, potrebu starať sa oň a zároveň výraznú bolesť z nemožnosti tieto potreby naplniť. Respondentky sa zamýšľajú nad tým, ako prepojiť fyzickú a psychickú stránku tak, aby boli v súlade. Každá z nich popisuje telesné prejavy obdobia šestonedelia, ako je laktácia, krvácanie alebo hormonálne výkyvy.

3.3.2 Význam terapie a vnímané bariéry

Téma uvažovania nad terapiou sa v nejakej miere objavila v štyroch rozhovoroch, pričom dve respondentky dlhodobú terapiu absolvovali a dve z nich pociťovali istú bariéru vo vyhľadani terapeutickej pomoci. Blanka využila možnosť individuálnej aj skupinovej terapie a vníma, že vďaka tomu istým spôsobom „poodstúpila z temna“ a po nejakej dobe a zdieľaní svojich pocitov sa cítila omnoho lepšie. Simona oceňovala normalizáciu jej pocitov a myšlienok zo strany terapeutky a zároveň bola rada, že na ňu niekto „dával pozor“, uistoval ju v tom, že „nie je šialená“ a nejakým spôsobom ju ďalej nasmeroval. Súčasne jej pomohlo, že mohla byť k terapeutke skutočne otvorená: *„A moc mi to pomohlo, protože jsem tam [na terapii] mohla říct úplně všechno. Vlastně úplně úplně úplně úplně všechno co mě trápilo, úplně ty nejnítěrnější myšlenky, mohla jsem se na těch terapiích absolutně otevřít a ona mě vlastně vždycky ujistila v tom, že co prožívám a všechny myšlenky, které mám, že jsou v pořádku a že je to běžné.“*

Ďalšie dve respondentky s výnimkou jedného sedenia terapiu neabsolvovali, a to predovšetkým z dôvodu, že cítili určitú bariéru pri samotnom vyhľadávaní terapie. Diana popisuje, že sa možno bála terapiu vyhľadať kvôli očakávaným predsudkom okolia: *„My sami jsme si mysleli, že nepotřebujeme jakoby žádnou psychologickou pomoc. Možná i třeba teďka zpětně, bych za ni byla ráda. Třeba jsem se jako možná i jako bála o ní říct, aby si o mě všichni*

nemysleli, že jsem nějaký blázen, když člověk vlastně jako chce vyhledat něco takovéhohle...(...)...že možná kdyby mi někdo prostě navrhnul v tu chvíli, že prostě můžu někam docházet, tak že bych to asi přijala. Ale sama aktivně jsem nic nehledala a asi to byla chyba no, v tu chvíli.“ Karolína zase cítila veľkú bariéru pri samotnom prvom kroku k terapii a predstava vysvetľovania jej situácie v telefóne jej pripadala paralyzujúca: „*No ne prostě jako telefonovat tady to a vysvětlovat od začátku jako komukoliv po telefonu proč vlastně volám, tak to pro mě bylo prostě taková překážka, že jsem radši nikam nevolala.*“ Tieto dve skúsenosti môžu okrem vlastných postojov a predstáv o terapii súvisieť aj so spôsobom, akým im bola možnosť terapie predstavená, prípadne či vôbec bola tejto téme v ich okolí venovaná pozornosť. Karolína vnímala informácie výhradne vo forme obdržaných letákov ako nedostatočné: „*Takže jako nějaký leták mi dali, ale to bylo vlastně všechno jako, tady máte leták a jako dělejte si, co chcete.*“ Z výroku je cítiť, že ju mohol zaskočiť neosobný prístup, z ktorého mohla získať pocit istého nezáujmu okolia o to, čo sa s ňou bude ďalej diať.

3.3.3 Zmena perspektívy

Jedna z otázok v rozhovore sa zameriavala na to, ako respondentky skúsenosť s perinatálnou stratou ovplyvnila v ich ďalšom živote, prípadne čo im do života priniesla. V odpovediach sa respondentky venovali primárne trom rovinám – prekladaniu hodnôt, posilneniu osobnosti a väčšej hĺbke prežívania, pričom každá z nich prikladala väčší význam jednej z nich.

V rovine preskladania hodnôt sa objavovalo napríklad vnímanie väčšej pokory a uvedomenie si, že niektoré udalosti v živote nemáme šancu ovplyvniť. Tri respondentky spomenuli nadobudnuté vnímanie toho, čo je v živote skutočne dôležité, pričom začali vo svojom živote prikladať väčšiu váhu rodine a vzťahom. Blanka to u seba vníma nasledovne: „*...že mi to prostě dalo náhled do skutečnosti těch věcí, prostě do toho, co je v tom životě důležitý, do toho, že ty vztahy prožívám úplně jinak, do toho, že jsou mi důležitý jako ty chvíle třeba s dětmi s rodinou a už se tolik neženu prostě za čímkoli jiným, prostě za úspěchem, za prací za...já nevím za sportem, prostě to, co mi bylo všechno jako blízký, co jsem brala, jako to nej. Tak.... jako vnímám, že ty vztahy a ta rodina jsou mnohem důležitější, mnohem je prožívám silněji*“ Karolína popisuje svoju zmenu v náhlade na život: „*...asi jako pro mě asi hlavně opravdu že, že mám trochu jiný jako náhled na život celkově co, jako čeho si vážít a co je...co je jako víceméně nesmysl v životě řešit a čím se zabývat. Takže asi...asi tak no...nějaký přeskládání v hlavě to určitě způsobilo.*“ Podobne sa vyjadruje aj Simona: „*...taková nějaká jako změna perspektivy a uvědomění si co je v životě skutečně důležité.*“

Dve z respondentiek u seba vnímali zmenu v podobe posilnenia osobnosti. Simona túto zmenu dáva do súvislosti s vlastnou sebahodnotou: „*Myslím si, že mě to posílilo v tom slova smyslu že si víc věřím, připadám si silnější, když jsem tím prošla. Protože...hmm jsem to teda nějak jako vlastně jako zvládla, je to za mnou a já jdu dál. Takže síla, sebevědomí možná? Sebehodnota, tak připadám si...no...prostě silnější asi. Asi silnější.*“ V kontraste s týmto výrokem zmienila aj pocit väčšej krehkosti a v rozhovore bolo pre ňu samú prekvapujúce, že u seba vníma obidva tieto póly: „*Zvláštní, na jednu stranu jsem vám řekla, že se cítím silnější a na druhou stranu, že zranitelnější, je to něco asi jako když se kalí ocel, že je vlastně silnější ale křehčí. Že víc vydrží, ale potom nějaká ostrá věc nebo velká síla ji může jako rozbít na tisíc kousků, tak je to....na jednu stranu větší síla ale potom vím, že mám totálně slabý místo, který mě může úplně vypnout. Asi takhle bych to popsala.*“ Simonin popis môže v kontraste sily a krehkosti nepriamo vyjadrovať istú zmenu v hĺbke prežívania, ktorá v jej rozprávaní nie je explicitne pomenovaná. Podobné nastavenie popisuje Blanka: „*...a mám jakoby pocit, že žiju tak nějak víc v pravdě, no ne jenom jako povrchně, ale tak jako hlouběji. A vlastně i ta radost, kterou jako teď prožívám, je hlubší, je jako opravdovější, větší...(...)... Že teď jako každou věc, kterou prožívám, tak prožívám tak nějak jako intenzivněji, ať už tu negativní nebo tu pozitivní. Mnohem víc mě bere, když se někde něco někomu stane třeba.*“

3.4 Význam spomienok

Vo všetkých piatich rozhovoroch bol prikladaný veľký význam uchovávaniu spomienok na dieťa a vplyvu, ktorý mali na proces trúčhlenia. V značnej miere sa respondentky vyjadrovali k možnosti vytvorenia hmatateľných spomienkových predmetov pri rozlúčení s dieťaťom. Zároveň pre väčšinu z nich bol dôležitý okamih pochovania alebo spolopenia dieťaťa, po ktorom s ním mohli byť zase nejakou formou v blízkosti.

3.4.1 Hmatateľné spomienky

Všetky respondentky, ktoré mali možnosť sa s dieťaťom rozlúčiť si v nejakej forme vytvorili fotku alebo predmet, ktorý si uchovávajú ako spomienku na bábätko. Tieto spomienky mali pre každú z nich určitý význam, ktorý v rozhovoroch osvetľovali. Blanka popisuje, že aj keď nevyužila celý obsah memoryboxu, oblečenie v ňom pre ňu niečo vyjadrovalo: „*...minimálně to jakoby říká – můžeš ho obléct – jako to, že tam to oblečení je, je jako důležité.*“ Z tejto vety je cítiť vnímanie istej formy poľudštenia a potvrdenie, že dieťa bolo živé a že je „dovolené“ ho obliecť. Ďalej dodáva, akým spôsobom jej v procese smútenia pomohli ostatné predmety: „*Je to strašně důležité, máme...v těch prvních týdnech jsem vůbec nedala z ruky toho*

plyšáka, tu uháčkovanou hračku co tam byla a co vlastně jedna zůstala s Danielem a jednu máme my. A dodnes, jako ji tady máme prostě na čestném místě jako s fotkou a s těma otiskama a...jako vnímám to, že kdybych to neměla, že by to bylo ještě jako větší díra...(…)... měla jsem jako i co tisknout k sobě, to taky chybělo při té první ztrátě... Tu fotku... teď jich mám těch fotek bych řekla jako dost, nebo víc, i oni nám právě ho vyfotili. I my jsme si ho vyfotili. A já jsem prostě ty první týdny jako brečela nad těma fotkama jakoby pořád a myslím si, že tím jsem to mohla jakoby rychleji vyplavit nebo víc vyplavit tu bolest. “ Z popisu sa zdá, akoby prítomnosť spomienkových predmetov v istom zmysle smútenie umocňovala alebo zvyšovala jeho intenzitu, čo je však u Blanky vnímané pozitívne a nápomocne.

Simona si okrem odtlačkov a fotiek nechala vyrobiť šperk, ktorý jej dieťa pripomína: *„...možná je to trochu morbidní, ale mě to v tu chvíli hrozně na tu psychiku pomáhalo. To je sklo a v tom skle je právě zatavená část popela. Nosím to na krku. Mám ho prostě tak jako pořád u sebe, nejspíš to nebudu nosit na věky, ale teď, teď mi to pomáhá.*“ U Diany, podobne ako v otázke kontaktu s bábätkom, zohrala rolu lekárka, ktorá s ňou a s manželom komunikovala: *„My jsme dostali od paní doktorky možnost, že nám udělá fotky a že nám udělá otisk nožičky, které jako budou u ní potom schované, kdybychom chtěli, tak jsme je jakoby nebrali hnedka a pak jsme se tam opravdu asi za tři týdny-měsíc prostě vrátili. Mysleli jsme si, že taky ne, ale paní doktorka fakt byla strašně milá a napsali jsme jí e-mail, dostali jsme v obálce prostě velké fotky.*“ V rozhovore chýbajú detaily k tomuto rozhodnutiu, zaujímavé by však bolo zistiť Dianin pohľad na to, čo ich viedlo k dodatočnému požiadaniu o tieto spomienkové predmety a aký to pre ňu malo v konečnom dôsledku význam.

Zuzana sa pri téme vytvárania spomienok vracia ku kontaktu s bábätkom, ktorý oproti hmatateľným spomienkam vníma ako oveľa cennejší: *„Pro mě bylo mnohem víc ten živěj kontakt s ní, než že bysme si udělali fotky, dala bych jí tam plyšáčka a odjela bych. Měla jsem svoje oblečení pro ni. Ale jako fakt cenný a z toho všeho, ten box...já jsem byla ráda, že jsem ji mohla jako umýt, že jsem ji mohla nachystat na tu cestu. Že jsem ji mohla držet...(…)...no a udělali jsme si fotku a i kdyby jsme si ji neudělali, tak já ji mám jako uvnitř.*“ Z úryvku vyplýva, že pre Zuzanu je dôležitejšia istota, že obraz dieťaťa má v sebe nejakým spôsobom uchovaný a toto vedomie je pre ňu významnejšie než hmatateľné spomienky.

3.4.2 Navršená hlina

Okrem spomienok v podobe fotiek, odtlačkov alebo memory boxu sa v štyroch rozhovoroch výrazne objavovala téma spolopenia alebo pochovania. U každej respondentky

bola táto téma poňatá s jemnými rozdielmi, avšak spoločné mali prikladanie významu konečnému uloženiu bábätka a pocit istého pokoja s tým spojeného.

Dve z respondentiek vyjadrovali silnú túžbu vedieť, kde ich dieťa je, a to či už pred spolnotením alebo po ňom, v podobe miesta uloženia popola. Simona túto túžbu dávala do súvislosti so svojou materskou rolou a prirodzenou potrebou sa o bábätko nejakým spôsobom postarať, vedieť kde je a čo sa s ním bude diať: *„...že jsme chtěli, aby nám dali vědět, až ho budou mít. A kdy ho budou zpopelňovat, to jsme si strašně přáli vědět. Já jsem to chtěla vědět, protože jsem si připadala, že je to moje dítě, které jsem tam jako nechala, že jo, o které se nestarám. Sice ano, samozřejmě člověk racionálně ví, že to dítě je mrtvý, ale stejně furt, jak jsem si ho porodila a měla jsem ho v tom náručí, tak jsem fyzicky furt vnímala, že jsem máma a že to dítě nemám...“* Ďalej popisuje, ako sa na vyslovene tešila na moment vyzdvihnutia urny, keďže si stále priala mať dieťa pri sebe: *„Tešila jsem se na to, až si budeme moct vyzvednout urnu, protože jsem ho prostě fyzicky pořád chtěla mít u sebe a ta urna představovala v tu chvíli už teda zas to miminko trochu v jiné podobě, ale bylo to moje miminko.“*

Pre Dianu bola dôležitá aj podoba urny, v ktorej bol popol uložený, preto bola sklamaná, keď po spolnotení dostali klasickú veľkú čiernu urnu, ktorú by očakávala pre dospelých: *„Představa že tam prostě leží to, že tam je to malé miminko, opravdu ta urna byla černá, bylo to ošklivé zkrátka, že mi přijde, že by možná bylo fajn myslet na to, že ty děti si zaslouží třeba nějakou barevnou hezkou urnu mít.“* Diana bola nešťastná z veľkej čiernej urny, v ktorej bolo *„trošku popola z toho malého bábätka“*, vnímala to ako *„neosobné“* a *„bez citu“*. Dianine prežívanie môže, rovnako ako u ostatných respondentiek, narážať na potrebu postarať sa o svoje dieťa v zmysle zabezpečiť mu peknú urnu, ktorá by už na prvý pohľad vyjadrovala jej osobnú väzbu k dieťaťu.

Blanka vo svojom rozprávaní popisovala, čo pre ňu znamenalo pochovanie jej dvoch detí: *„...je to ten doklad, prostě toho, jak ta navršená hlína je prostě strašně významná, že...že se jako nezaprášilo a není prostě.... že se to nějak nerozplynulo, ale že to je a je to hmatatelný.“* Z tohto popisu sa zdá, že „navršená hlina“ pre ňu bola istým viditeľným a hmatateľným dôkazom, že jej skúsenosť bola skutočná. Blanka hovorí o pocite, že sa to, čo prežila, len tak nezmaže, nerozplynie a že jej to nikto nemôže vziať: *„Jakože potřebuju pořád vědět, že ty děti jsou a že skutečně tu byly, protože kdybych ty vzpomínky neměla, tak by prostě klidně mi někdo mohl říct, že se to nestalo a já bych prostě nevěděla, jestli to tak je nebo není, a ten pocit, že ty*

děti možná vůbec neexistují by jako... je prostě strašný. Takže tohle je taková jistota že se to jako že se to stalo a že mi ty děti nikdo nikdy nevezme.“

4 Diskusia

4.1 Zhrnutie výsledkov výskumu v kontexte doterajších poznatkov

Výsledky výskumnej časti práce naznačujú, že perinatálna strata je pre ženy veľmi bolestivou a hraničnou skúsenosťou. Z výpovedí respondentiek sa však zdá, že jej prežívanie môže byť do veľkej miery ovplyvnené externými faktormi v podobe prostredia a ľudí v okolí. V tejto súvislosti sa ukazuje ako extrémne dôležitá rola personálu v pôrodnici, s ktorým je typicky žena po zistení, že dieťa nežije, v prvotnom kontakte. Zásadnými nápomocnými faktormi je ich prejav rešpektu, nehodnotenia, poskytnutie informácií a priestoru pre rôzne formy prežívania v súkromí. Ako prínosný sa ukazuje aj blízky fyzický kontakt s bábätkom, možnosť si bábätko prezrieť, popestovať a prežiť s ním spoločné chvíle. To môže aspoň čiastočne uľahčiť finálne rozlúčenie s dieťaťom a zároveň podporiť prirodzený proces trúčlenia v nasledujúcom období. Dôležitým aspektom je nielen možnosť s dieťaťom stráviť dostatočný čas, ale aj citlivá podpora personálu v rozhodovaní o kontakte s bábätkom a poskytnutie priestoru na vyjadrenie obáv a nejasností. Podobne významná je aj následná podpora z blízkeho okolia, kde matky potrebujú pocítiť pochopenie, validáciu toho, že ich dieťa bola živá bytosť a uznanie ich „nároku na trúčlenie“. Aj keď väčšina matiek sa stotožňuje s myšlienkou, že s úmrtím dieťaťa sa vyrovnáť nedá, ukazuje sa, že to nie je prekážkou k post-traumatickému rastu, ktorého prejavy v podobe posilnenia osobnosti a preskladania hodnôt môžu s pocitmi smútku koexistovať.

Rovnako ako naznačujú predchádzajúce štúdie (Erlandsson et al. 2012, Gravensteen et al., 2013, Warland et al., 2018), aj v tomto výskume cítili respondentky na základe absencie pohybov istú predtuchu, že s dieťaťom niečo nie je v poriadku. To naznačuje možné prepojenie s dieťaťom už pred samotným pôrodom, ktoré Wright (2010) pomenováva ako „prenatálne materstvo“. Po potvrdení úmrtia dieťaťa v maternici a prvotnom šoku z nutnosti vaginálneho pôrodu vyjadrovali niektoré z matiek silné sústredenie sa na pôrod a mobilizáciu svojich síl, pričom podobný prístup bol pozorovaný aj v iných výskumoch (Trulsson & Rådestad, 2004). V súvislosti s priebehom pôrodu respondentky vyjadrovali potrebu rešpektu zo strany zdravotníkov a citlivý prístup pri komunikácii s nimi. Tie, ktoré sa stretli s individuálnou podporou od lekárov, napríklad formou rozhovoru, v ktorom mohli vyjadriť svoje obavy a na čokoľvek sa spýtať, tento prístup veľmi oceňovali. Špecifickou skupinou, ktorá sa stretla s absenciou rešpektu a podpory v kontakte s lekármi, boli matky, ktorých dieťaťu bola diagnostikovaná závažná vývojová chyba. Nezávisle na tom, či sa rozhodli dieťa donosiť, alebo

podstúpiť umelé ukončenie tehotenstva, vnímali prístup personálu ako zraňujúci a nerešpektujúci. Ako uvádzajú Jackson et al. (2023) správne zvolená komunikácia má potenciál vytvoriť komfortné a bezpečné prostredie, kdežto nedostatok komunikácie a podpory môže u týchto matiek zvyšovať úroveň stresu. Podobne to bolo u jednej z participantiek, u ktorej viedol práve nedostatok komunikácie, špecificky o úkone fetocídy, k bolestivejšiemu prežívaniu celého procesu.

Emočne najvýraznejšou témou bolo v tomto výskume prežívanie žien v súvislosti s možnosťou kontaktu s bábätkom, prípadne s absenciou tejto možnosti. Podobne ako v iných publikovaných štúdiách (Hennegan et al., 2015; Sun et al., 2023), ani v tomto výskume žiadna zo žien, ktorá bábätko videla, toto rozhodnutie neľutovala a naopak, spomínala na tento okamih s veľmi pozitívnou emóciou. Niektoré respondentky ho popisovali slovami ako „najkrajší moment života“ alebo „šťastie v nešťastí“. Niektoré štúdie naznačujú, že je vhodné matke po pôrode dieťa automaticky dať do náruče a postupovať teda rovnako, ako po pôrode živého dieťaťa (Cacciatore & Bushfield, 2007; Erlandsson et al., 2013). Toto odporúčanie môže dopomôcť žene, aby sa v ten moment cítila prirodzene a akceptovala dieťa vo svojich rukách. Zároveň je však otázka, či tento prístup dáva dostatočný priestor pre vyjadrenie obáv, ktoré ženy v súvislosti s kontaktom s mŕtvym telom majú. Dve z respondentiek boli veľmi vďačné, keď im personál navrhol, že sa na bábätko najprv pozrú sami, aby ju mohli pripraviť na to, ako vyzerá. Je preto možné, že prístup je lepšie prispôbiť konkrétnej žene a po rozhovore s ňou usúdiť, ako jej kontakt s dieťaťom sprostredkovať. V tejto súvislosti je dôležité venovať pozornosť aj ženám, ktoré podstupujú umelé ukončenie tehotenstva a kontakt s dieťaťom im umožniť, nakoľko výskumy naznačujú, že aj v tomto prípade môže byť pre ženu prospešný (Sloan et al., 2008). Zároveň sa ukazuje, že pre matky je pri rozlúčke s dieťaťom dôležité aj to, koľko času s ním môžu stráviť. Respondentky, ktoré mali s dieťaťom dostatočný čas sa s ním lúčili s väčším pokojom a odovzdali ho s istým „pocitom zmierenia“. Podobné prežívanie popisujú aj Lindgren et al. (2014), ktorí konštatujú, že prípravu matky na separáciu podporujú aj fyzické zmeny, ktoré môžu pri dlhšom čase na tele bábätko pozorovať. Kontakt s bábätkom alebo spomienkovými predmetmi môže u niektorých žien zvýrazňovať prejavy smútenia v podobe intenzívnejších emócií (Wilson et al., 2015), čo však nemusí mať nutne negatívny vplyv na ich mentálne zdravie. Jedna z respondentiek konkrétne popisovala, ako jej pohľad na fotky bábätko umožnil intenzívnejšie prežívanie, vďaka ktorému mohla „rýchlejšie vyplaviť bolesť“. Niektoré výskumy v súvislosti s kontaktom s mŕtvym dieťaťom implikujú väčšie riziko depresívnych symptómov v nasledujúcom tehotenstve (Cacciatore & Bushfield, 2007;

Hughes et al., 2002), preto je vhodné u tehotných žien po predchádzajúcej strate zväziť psychologickú podporu.

Výskumy zamerané na matky novorodencov v paliatívnej starostlivosti (Lathrop & Vandevusse, 2011; Thornton et al., 2019) poukazujú na ich potrebu sa o svoje bábätko postarať a identifikovať sa so svojou materskou rolou. Táto potreba sa ukázala ako veľmi silná aj u respondentiek po pôrode mŕtveho dieťaťa, kde niektoré z nich využili čas na umytie a oblečenie bábätka, niektoré sa s ním rozprávali alebo mu spievali. Tieto chvíle mali pre ne veľký význam z hľadiska vytvárania spoločných zážitkov a zároveň spomienok, ku ktorým sa môžu vracieť. V rozhovoroch niekoľkokrát zaznela potreba bábätko si detailne prezrieť, napríklad vidieť jeho nožičky alebo dať mu dole čiapočku. Podobné výpovede dokladajú aj Cacciatore & Flint (2012). Väčšina respondentiek považovala za významné vytvorenie spomienkových predmetov vo forme fotiek, odtlačkov, plyšovej hračky alebo šperku. V tejto súvislosti bola viackrát spomenutá dôležitá rola personálu, ktorú popisujú aj iné štúdie (Thornton et al., 2019). Respondentky, ktoré sa stretli s aktívnou podporou personálu, ktorý ich previedol možnosťami, ako s bábätkom tráviť čas a aké spomienky si môžu vytvoriť (napríklad explicitne pomenoval možnosť sa s bábätkom odfotiť), boli za túto podporu veľmi vďačné. V prípadoch, kedy táto podpora chýbala respondentky zmienili, že by ju veľmi uvítali. Rovnako ako uvádzajú Clarke & Connolly (2022), aj v tomto výskume zaznelo, že ženu bez podpory okolia v danej chvíli nenapadlo, čo všetko môže s bábätkom robiť. Určité možnosti podpory ponúka aj memory box, ktorého obsah vyjadruje, že bábätko je možné obliecť, dať mu hračku, alebo mu prečítať knižku. Aj keď žena jeho celý obsah nevyužije, dáva jej to určitú správu o tom, že dieťaťko bolo živé a je v poriadku sa o neho postarať tak, ako to v danej chvíli cíti. Ako prínosné v následnom procese trúčlenia sa ukazuje vyhotovenie fotografie bábätka (Blood & Cacciatore, 2014; Oxlad et al., 2023; Vivekananda et al., 2024). Všetky respondentky, ktoré s bábätkom strávili nejaký čas, si ho aj odfotili. V prípade, kedy túto možnosť nenavrhol personál, ale respondentka si bábätko odfotila z vlastnej iniciatívy, sprevádzali ju pri tom nepríjemné pocity a ťažko sa jej zžívalo s vedomím, že si fotí mŕtve telo. Vedenie personálu sa v tejto situácii ukazuje ako nápomocné aj v iných výskumoch (Oxlad et al., 2023; Thornton et al., 2019). Len malé množstvo štúdií sa však venuje pohľadu personálu na vyhotovenie fotky, či pocity, ktoré ich pri tom sprevádzajú. Martel a Ives-Baine (2018) naznačujú, že určitým faktorom ovplyvňujúcim postoj zdravotných sestier k posmrtným fotografiám je ich dĺžka profesijnej skúsenosti. Respondentky v ich výskume popisovali počiatočné pocity diskomfortu a vnímanie „nevhodnosti“ fotenia. V priebehu naberania skúsenosti sa však u mnohých sestier

zmenil postoj k pozitívnemu, pričom mnohé z nich možnosť odfoťiť rodinu vnímali ako určité privilegium. Ako najväčšiu výzvu v súvislosti s vyhotovením fotky vnímali sklbenie ich klinickej zodpovednosti, skúsenosti rodičov a tlak na vhodné načasovanie fotografie. Niektoré matky si uvedomia, že by chceli fotku svojho dieťaťa až po nejakom čase a dúfajú, že nemocnica fotky uchovala (Martínez-Serrano et al., 2019). Jedna z respondentiek takto dodatočne kontaktovala lekárku a bola rada, keď fotky spätne dostala.

Ženy po perinatálnej strate prechádzajú klasickým obdobím šestonedelia, ktorého súčasťou je fyziologický popôrodný stav. Ten môže byť sprevádzaný hojením pôrodných poranení a u mnohých žien aj spustením laktácie. Okrem psychickej stránky sa teda žena musí vyrovnávať aj fyzickými prejavmi obdobia šestonedelia (Lowdermilk et al., 2016). Niektoré respondentky toto obdobie popisovali ako istý nesúlad hlavy a tela, kedy si racionálne uvedomujú, že dieťa zomrelo, ale telo vysiela signály, ktorými vyjadruje, že sa o dieťa potrebuje starať. Typická je túžba držať bábätko a pocit „prázdnej náruče“, ktorý výstižne pomenovala jedna z respondentiek. Výrazným momentom v popôrodnom období bolo u všetkých participantiek rozlúčenie s bábätkom formou pohrebu, navštívenia miesta uloženia dieťaťa, alebo spopolnenia a následného obdržania urny. Niektoré respondentky popisovali potrebu vedieť, kde ich dieťa je a istú úľavu alebo pocit radosti spojený s tým, keď si mohli urnu vyzdvihnúť. Naopak, jedna z respondentiek bola sklamaná z podoby urny, ktorá sa jej zdala nevhodná pre malé dieťa. Všetky tieto príbehy mali spoločný element, ktorým bolo prikladanie významu posmrtnému uloženiu dieťaťa a nadobudnutý pokoj s vedomím, kde je ich dieťa uložené.

Výrazný vplyv na prežívanie ženy po strate má prístup jej okolia. Viaceré respondentky v rozhovoroch popisovali pocit, že okolie nedokázalo úplne pochopiť ich prežívanie, pričom najbolestivejšie vnímali práve nepochopenie od najbližšej rodiny. Respondentky vnímali, že sa ľudia v ich blízkosti tvárili „akoby sa nič nestalo“ alebo „akoby dieťa neexistovalo“. Tieto prejavy popierania skutočnosti okolím, ktoré popisujú aj iné výskumy, môžu byť pre ženy po strate veľmi zraňujúce a viesť ich k ešte väčšej izolácii (Fernández-Sola et al., 2020). Niektoré respondentky vyjadrovali túžbu, aby okolie uznalo, že dieťa tu bolo, bolo živé a je v poriadku za ním trúchliť. Podobné výsledky popisujú aj Camacho-Ávila, et al. (2019), ktorí pomenovávajú silnú potrebu rodičov uznať identitu ich dieťaťa zo strany okolia a legitimizovať smútenie za ním. Jedna z respondentiek výstižne popísala, že „okolie utvára to, ako žena tú skúsenosť prežíva“, preto by veľmi uvítala edukáciu okolia zo strany organizácií, ktoré sa téme perinatálnej straty venujú.

Významnú rolu vo vyrovnávaní sa so stratou má u ženy aj vzťah s partnerom, pričom predchádzajúce štúdie (Cacciatore et al., 2008a; Flach et al., 2022; Setubal et al., 2021) poukazujú na súvislosť silných partnerských vzťahov a nižšej miery smútenia. Väčšina respondentiek vo vzťahu k manželovi popisovala pocit veľkej opory a vďačnosti. Niektoré ženy popisovali, ako im pomohla určitá „fixácia“ na partnera po dobu prvých týždňov po pôrode vo forme spoločného trávenia času v izolácii od ostatných ľudí. Spoločne s partnerom vnímali, že sa táto skúsenosť na určitej úrovni týka len ich, čo pomenovala jedna z participantiek tým, že boli pre seba ako „ostrov voči ostatným ľuďom“. Tieto popisy obsahujú znaky „dyadického zvládania“, ktoré Freedle a Oliveira (2024) identifikovali ako jeden z faktorov podporujúcich post-traumatický rast po perinatálnej strate. Podobne ako v iných výskumoch (Burden et al., 2016; Cacciatore et al., 2008a) ženy zažívali pocit súdržnosti s partnerom, upevnenie vzťahu uistenie sa, že majú pri sebe toho správneho človeka. U niektorých párov však v dôsledku záťaže súvisiacej s vyrovnávaním sa so stratou vzniká vzájomné sa vzdialenie až rozpad vzťahu, ktorý môže nastať aj po niekoľkých rokoch (Gold et al., 2010). Rizikovým faktorom bývajú napríklad nekongruentné spôsoby trúčlenia (Burden et al., 2016), ktoré aj v tomto výskume v istom momente u seba a partnera pozorovala jedna z respondentiek. Pre udržanie vzájomného spojenia pomáha rešpekt k odlišnému spôsobu trúčlenia partnera a vzájomná podpora.

Ako užitočná, najmä v znižovaní symptómov depresie a úzkosti, sa pre ženy po strate javí individuálna alebo skupinová terapia, prípadne iné psychosociálne intervencie (Shaohua & Shorey, 2021). Respondentky, ktoré po dlhšiu dobu navštevovali terapeutické sedenia túto formu podpory veľmi oceňovali predovšetkým kvôli uisteniu, že ich prežívanie je normálne a pocitu, že sú pod dohľadom profesionála. V prípade skupinovej terapie bola nápomocná aj možnosť vzájomného zdieľania a pochopenia s ľuďmi, ktorí prežili podobnú skúsenosť. Niektoré respondentky vnímali v prístupe k terapii silnú bariéru, kvôli ktorej túto podporu nevyhľadali. V rozhovoroch zaznievalo, že ponuka terapie formou obdržaných letákov nebola dostatočným motívom k tomu, aby terapeuta alebo terapeutku aktívne kontaktovali. Jedna z respondentiek zároveň opisovala nepríjemné pocity z predstavy telefonického kontaktu, v ktorom by musela dôvody vstupu do terapie vysvetľovať. Pre eliminovanie blokov, ktoré ženy môžu v súvislosti s vyhľadaním terapie pociťovať by mohlo byť nápomocné stretnutie so psychológom už v pôrodnici. Namiesto nejasnej predstavy o terapii a neosobného odporúčenia by mohli mať ženy prvotnú skúsenosť, ktorá by mohla túto podporu viac osvetliť.

Určitá pozornosť je v súvislosti s prežívaním po perinatálnej strate venovaná aj možnému post-traumatickému rastu a faktorom, ktoré ho ovplyvňujú. Podobne ako v predchádzajúcich štúdiách (Alvarez-Calle & Chaves, 2023; Boyle, 2018; Burden et al., 2016; Fenstermacher, 2014; Wright, 2010) aj v tomto výskume respondentky v rozhovoroch popisovali pociťovanú zmenu vo vnímaní života a preskladní hodnôt. To sa prejavovalo najmä v prikladaní väčšieho významu vzťahom, celkovom posilnení osobnosti alebo väčšej hĺbke prežívania. Niektoré z respondentiek popisovali prekvapenie zo schopnosti pociťovať šťastie a smútok v tom istom okamihu a popisovali tento jav ako prežívanie šťastia a bolesti „vedľa seba“. Ako uvádzajú niektoré výskumy (Alvarez-Calle & Chaves, 2023; Ryninks et al., 2022), smútenie môže s pozitívnymi pocitmi a rastom osobnosti súčasne koexistovať. Mnoho žien po strate popisuje, že sa už nevrátili k svojmu „pôvodnému ja“ ale prešli určitou zmenou v osobnosti (Miles, 1985). Podobne to prežívali niektoré z participantiek, ktoré buď krátkodobo alebo aj dlhodobo prežívali pocit, že do sveta naspäť nezapadli tak, ako v ňom boli predtým.

4.2 Limity výskumu a odporúčenia pre ďalší výskum

Hlavným limitom výskumu je nízky počet respondentiek. Aj keď je počet päť respondentiek pre prácu tohto rozsahu s využitím metódy IPA dostačujúci (Smith et al., 2009), nie je možné na základe výsledkov pristúpiť k zovšeobecňovaniu záverov na určitú skupinu populácie. Určitou nevýhodou je aj nízka homogenita súboru vo vzťahu k typu perinatálnej straty. Hoci prežívanie respondentiek malo mnoho spoločných znakov a vo väčšine odpovedí bolo možné zachytiť značné prepojenia, určité špecifiká sa objavovali u matiek, ktorých dieťaťu bola diagnostikovaná závažná vývojová chyba. Skúsenosti týchto respondentiek okrem samotnej straty zahrňovali aj prežívanie vo vzťahu k rozhodnutiu dieťa donosiť alebo podstúpiť umelé ukončenie tehotenstva. Zároveň však táto rozmanitosť v príbehoch poskytla vhl'ad do viacerých typov prežívania, na ktoré je možné nadviazať v ďalších výskumných projektoch.

Určitým limitom je aj spôsob výberu respondentiek, ktorý prebiehal formou samovýberu, je teda pravdepodobné, že do výskumu sa prihlásili len ženy, ktoré majú skúsenosť do určitej miery spracovanú. Dalo by sa predpokladať, že výskum je ochudobnený o skúsenosti žien, ktoré trpia dlhodobými následkami perinatálnej straty vo forme depresívnych alebo úzkostných symptómov. Zároveň je však z etického hľadiska nutné minimalizovať riziko retraumatizácie respondentiek, preto iná forma výberu neprichádzala do úvahy. Za povšimnutie stojí fakt, že sa do výskumu prihlásili respondentky so všetkými typmi skúseností s prístupom v pôrodnici, od výrazne pozitívnych až po veľmi negatívne.

Vzhľadom na komplexnosť skúsenosti perinatálnej straty, ktorá zahŕňa rôzne oblasti prežívania, by bolo vhodné navrhnuť výskum s užším zameraním. V tomto výskume bolo cieľom zachytiť prežívanie žien a zároveň ich vnímanie starostlivosti v pôrodnici. Po absolvovaní rozhovorov sa javí ako vhodnejšie tieto dve stránky oddeliť, aby v rozhovore nezaznievala kombinácia otázok zameraných na prežívanie s procesnými otázkami venujúcimi sa prístupu personálu. Výsledky výskumu však poskytli určitú sondu do duševného sveta matiek po strate a naznačili, akým smerom je možné sa vydať pri ďalšom skúmaní.

Na prácu je možné nadviazať v ďalších výskumoch s detailnejším zameraním na kontakt s mŕtvym bábätkom a jeho vplyv na vyrovnávanie sa so stratou v budúcnosti. Samostatná pozornosť by mohla byť venovaná prežívaniu ženy v kontakte s bábätkom, keďže rozhovory naznačili, že sa jedná o silnú tému s rôznymi možnými rovinami spracovania. Zároveň by bolo užitočné podrobnejšie rozpracovať protektívne faktory, ktoré ženám pomáhajú pri spracovávaní tejto skúsenosti. Ďalší kvalitatívny výskum by bol potrebný špecificky u matiek, ktorých dieťa bolo diagnostikované závažnou vývojovou chybou. Veľmi malé množstvo štúdií je venovaných prežívaniu matky v procese umelého ukončenia tehotenstva a psychickým dopadom fetocídy. Rovnako by bolo prínosné zmapovať vplyv kontaktu s bábätkom na následné vyrovnávanie sa u tejto skupiny žien. Súčasne by bolo cenné bližšie porozumieť prežívaniu matiek, ktoré sa rozhodli pre pokračovanie v tehotenstve. Tieto ženy sa môžu stretávať s veľkým nepochopením svojho rozhodnutia zo strany zdravotníkov aj ich blízkeho okolia, ktoré ich skúsenosť a proces vyrovnávania sa výrazne komplikuje.

4.3 Prínosy pre prax

Predchádzajúce podkapitoly zhrnuli najdôležitejšie závery z výskumu v kontexte doterajších poznatkov a pomenovali hlavné limity výskumu. Nasledujúca časť sa venuje novej aplikácii nadobudnutých znalostí do praxe prevažne v podobe odporúčaní pre starostlivosť o matku po perinatálnej strate v zdravotníckom zariadení. Odporúčania sú zhrnuté do štyroch bodov: Rešpektujúca komunikácia, Príprava matky pred pôrodom, Kontakt s bábätkom a Následná starostlivosť.

- **Rešpektujúca komunikácia**

Základným odporúčením a zároveň hlavnou potrebou matiek po perinatálnej strate je rešpektujúca forma komunikácie a vytvorenie pocitu bezpečia v emočne náročnej situácii. Zo strany personálu je dôležitá schopnosť akceptovať všetky emócie, ktoré matka prejavuje a dať jej pocítiť, že jej prežívanie je v poriadku. Zásadným faktorom, ktorý môže mať vplyv na

prípadnú traumatizáciu matky je zraňujúca komunikácia. Tá sa prejavuje napríklad v podobe nevhodných komentárov k prejavom emócií, vyjadreniu nepochopenia k rozhodnutiam matky alebo celkovým neprihliadaním k jej potrebám. Personál by mal k matke pristupovať citlivo, a to nielen v komunikácii priamo k nej, ale aj pri rozhovoroch s ostatnými kolegami a zdravotníkmi. Vhodné je pri komunikácii pred matkou nenazývať jej dieťa „plodom“ ale použiť pomenovanie „bábätko“, prípadne sa riadiť oslovením, ktoré používa sama matka. Pri rozhodovaní o jednotlivých krokoch je potrebné sa aktívne zaujímať sa o prania matky a vyhnúť sa tomu, aby personál automaticky rozhodoval za ňu vo veciach, ktoré nie sú z medicínskeho hľadiska akútne alebo život ohrozujúce. Pri rozvoji starostlivosti by mala byť špeciálna pozornosť venovaná matkám, ktorých dieťa je diagnostikované závažnou vývojovou chybou. Tieto ženy by nemali byť vystavované posudzovaniu a hodnoteniu ich rozhodnutia pre donosenie dieťaťa alebo umelé prerušenie tehotenstva. V prípade zvažovania možnosti prerušenia tehotenstva je potrebné previesť ženu krok za krokom celým procesom vrátane informácie o nutnosti fetocídy a poskytnúť jej dostatok času na rozhodovanie a prípravu.

- **Príprava matky pred pôrodom**

V prípade pôrodu mŕtveho dieťaťa je vo väčšine prípadov žena po vyšetrení a oznámení diagnózy po krátkom čase prijatá do pôrodnice na vyvolanie pôrodu. V tejto situácii jej nezostávajú žiadne možnosti na hľadanie informácií, preto má personál dôležitú úlohu v príprave ženy na nasledujúce okamihy. Ako efektívny sa ukazuje individuálny rozhovor s matkou s využitím prvkov krízovej intervencie. V rozhovore je vhodné venovať dostatočný priestor emóciám a zmapovať obavy v súvislosti s pôrodom a prípadným kontaktom s bábätkom. Veľmi nápomocné môže byť poskytnutie priestoru pre otázky a ubezpečenie ženy, že je v poriadku sa spýtať na čokoľvek. Typická môže byť potreba dozvedieť sa pravdepodobnú príčinu smrti a zistiť, čo sa bude s dieťaťom diať v priebehu pôrodu a po ňom, ako bude vyzeráť, ako s ním má matka zaobchádzať a aké zmeny na jeho tele postupne nastanú. Vzhľadom na pocity viny, ktoré sú často súčasťou prežívania matky v období straty, je vhodné tieto pocity proaktívne adresovať a pripomenúť matke, že úmrtiu bábätko nemohla nijakým spôsobom zabrániť. Personál by mal ponúknuť matke možnosť kontaktu s bábätkom a súčasne ju v ňom podporiť. Mnohé ženy môžu oceniť aktívne vedenie personálu v podobe ponúknutia možností, čo s dieťaťom môže po pôrode robiť, ako sa k nemu správať a aké spomienkové predmety si môže vytvoriť. Vhodné je oprieť sa o skúsenosti a citlivo informovať matku, čo sa ukazuje ako prospešné pre následné vyrovnávanie sa so stratou. Pre zmiernenie obáv a pocitov nevhodnosti

je potrebné matke predstaviť možnosť fotografie s bábätkom a súčasne dať najavo podporujúci postoj.

- **Kontakt s bábätkom**

Ak je to z medicínskeho hľadiska možné a matka si to praje, je vhodné priložiť bábätko k matke ihneď po pôrode, kedy je ešte zachovaná telesná teplota. Dôležité je, aby personál v týchto momentoch neprejavoval odmietavý postoj ku kontaktu s bábätkom, nakoľko môže vo výraznej miere ovplyvňovať aj samotné vnímanie matky. Kontakt s bábätkom by mal byť matke umožnený po takú dlhú dobu, ako sama potrebuje, nemal by byť na ňu vyvíjaný žiaden tlak. Rovnako je potrebné zaistiť dostatočné súkromie a nenarušovať tento kontakt, pokiaľ to nie je nevyhnutné. Niektoré matky si môžu priať začleniť do rozlúčky s dieťaťom aj rodinných príslušníkov, napríklad jej ostatné deti alebo starých rodičov. Pokiaľ to situácia umožňuje, povolenie tohto kontaktu môže byť veľmi prospešné pre vyrovnávanie sa so stratou v kontexte celej rodiny. Matka by mala mať možnosť si dieťa celé prezrieť, dotýkať sa ho, prípadne okúpať a obliecť. Všetky tieto úkony jej môžu pomôcť v identifikácii sa s jej materskou rolou a čiastočne zmierniť bolesť pri finálnom rozlúčení sa. Predanie bábätka do rúk personálu môže byť pre matky ďalším emočne výrazným momentom, je preto nápomocné, ak si bábätko vezme člen s personálu, s ktorým matka už prišla do kontaktu a je schopný na ňu citlivo reagovať.

- **Následná starostlivosť**

V závere je dôležité zmieniť aj prínos následnej starostlivosti, ktorá by mala byť prítomná po pôrode. Základnou potrebou matky po perinatálnej strate je zabezpečenie súkromia a priestorov, ktoré sú oddelené od matiek po pôrode živého dieťaťa. Pre počiatočné vyrovnávanie sa s úmrtím dieťaťa je dôležité, aby matka nemusela čeliť nepríjemným pocitom z vnímania radosti ostatných matiek alebo počutia plaču bábätiok, ktoré by jej bolesť ešte viac umocňovali. Keďže pre mnohé ženy je hlavnou psychickou oporou manžel, je vhodné zabezpečiť miestnosť, v ktorej je jeho prítomnosť možná bez časových obmedzení. Vzhľadom na výrazné vnímanie bariér v prístupe k psychologickému podpore by bolo by bolo prínosné zvážiť zaradenie návštevy psychológa do rutinného postupu u každej matky po strate. Keďže predstavenie psychologického podpory formou letáku alebo krátkeho oznámenia sa nejaví ako efektívne, toto stretnutie by malo mať za cieľ zvýšiť pravdepodobnosť vyhľadania terapeutického pomoci v prípade potreby v období následného trúčlenia. Rovnako by mohlo dopomôcť

k tomu, aby žena potrebu tejto pomoci u seba vedela identifikovať a nebála sa ju vyhľadať. Aktuálne poznatky naznačujú, že by matky ocenili následné sledovanie po prepustení z pôrodnice. Obdobie šestonedelia môže byť pre matky náročné na zvládanie z hľadiska množstva fyzických a hormonálnych zmien. Okrem možnosti vopred naplánovaného kontrolného vyšetrenia sa ako optimálne javí aj kontaktovať ženu telefonicky po niekoľkých týždňoch od pôrodu a zaujímať sa o jej fyzický aj psychický stav.

5 Záver

Cieľom výskumu bolo porozumenie prežívaniu matiek po perinatálnej strate so zameraním na psychologické aspekty straty a skúsenosti s perinatálnou paliatívnou starostlivosťou. Hlavným prínosom výskumu bolo získanie detailnejšieho vhľadu do prežívania úmrtia dieťaťa v perinatálnom období formou pološtruktúrovaných rozhovorov s piatimi respondentkami. Výsledky boli v súlade s predchádzajúcimi štúdiami, ktoré naznačovali, že sa jedná o veľmi bolestivú skúsenosť, v ktorej prežívaní zohráva veľkú úlohu prístup k matke zo strany okolia a vytvorenie vhodných podmienok pre spracovanie. Ako dôležitý sa ukázal citlivý a rešpektujúci prístup personálu v pôrodnici, ako aj umožnenie dostatočného času a súkromia pre rozlúčenie sa s bábätkom. Významný vplyv na prežívanie má aj okolie ženy, ktoré by malo byť podporujúce a umožniť jej truchliť podľa vlastných potrieb. Jedným z hlavných protektívnych faktorov sa ukazuje byť silný partnerský vzťah a možnosť spoločného zvládania s rešpektom pre odlišné spôsoby truchlenia partnerov. Možnými dlhodobými následkami perinatálnej straty sú depresívne alebo úzkostné symptómy, pri ktorých sa ako účinné zdajú rozličné druhy psychosociálnych intervencií, pričom zatiaľ nie je jednoznačné, či je niektorý typ intervencie účinnejší než iný. Niektoré zo žien po čase popisujú prejavy post-traumatického rastu, ktoré u seba pozorujú v posilnení osobnosti, odlišnej hĺbke vnímania alebo preskladaní hodnôt.

Výsledky výskumu poukazujú na dôležitosť rešpektujúceho prístupu v súvislosti s priebehom pôrodu a následným časom stráveným kontaktom s dieťaťom. Viaceré výskumy naznačujú, že videnie a držanie bábätko môže mať priaznivý vplyv na následné vyrovnávanie sa so stratou, preto by možnosť kontaktu s bábätkom mala byť matke citlivo predstretá. Pre ženu pripravujúcu sa na pôrod mŕtveho dieťaťa môže byť veľmi nápomocná aktívna podpora personálu, napríklad v podobe lekárkou vyškolenej v krízovej intervencii, ktorá žene pomôže zvládnuť obavy z pôrodu a poskytne jej potrebné informácie. Ako užitočné sa zdá byť pripraviť ženu na priebeh pôrodu, na to, ako bábätko bude vyzeráť a navrhnúť jej možnosť vytvorenia spomienkových predmetov. V celospoločenskom kontexte by si respondentky priali väčšiu osvetu v tom, ako k ženám po perinatálnej strate pristupovať, čo vyjadruje jedna z respondentiek nasledovne: „...*co bych si přála...kdyby se tak jako v širším kontextu vědělo, že člověk si vlastně o tom svým mrtvým miminku pak rád s někým popovídá. Že nechci, aby zmizelo...jako že tu nikdy nebylo. Že neexistovalo. Aby se toho lidi nebáli, i když to třeba ty emoce probouzí.*“ (Zuzana)

Referencie

- Alvarez-Calle, M., & Chaves, C. (2023). Posttraumatic growth after perinatal loss: A systematic review. *Midwifery*, *121*, 103651. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103651>
- Avelin, P., Rådestad, I., Säflund, K., Wredling, R., & Erlandsson, K. (2013). Parental grief and relationships after the loss of a stillborn baby. *Midwifery*, *29*(6), 668–673. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.06.007>
- Barr, P., & Cacciatore, J. (2007). Problematic emotions and maternal grief. *Omega*, *56*(4), 331–348. <https://doi.org/10.2190/om.56.4.b>
- 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>
- Berry, S. N. (2022). The Trauma of Perinatal Loss: A Scoping Review. *Trauma Care*, *2*(3):392-407. <https://doi.org/10.3390/traumacare2030032>
- Bialek, K., Szwabowicz, K., & Swiercz, G. (2022). Sexual quality of life and female sexual function in women after fetal death. *Ginekologia Polska*, *93*(10), 811–819. <https://doi.org/10.5603/GP.a2022.0089>
- Black, B. P., & Wright, P. (2012). Posttraumatic Growth and Transformation as Outcomes of Perinatal Loss. *Illness, Crisis & Loss*, *20*(3), 225-237. <https://doi.org/10.2190/IL.20.3.b>
- Black, B. P., Wright, P. M., Limbo, R. K. (R. K.), Nieginski, E., Lichtenthal, W. G., Sweeney, C. R., & Roberts, K. E. (2016). *Perinatal and pediatric bereavement in nursing and other health professions*. Springer Publishing Company.
- Blood, C., & Cacciatore, J. (2014). Parental grief and memento mori photography: narrative, meaning, culture, and context. *Death Studies*, *38*(1-5), 224–233. <https://doi.org/10.1080/07481187.2013.788584>
- Boland, R. A., Davis, P. G., Dawson, J. A., & Doyle, L. W. (2016). What are we telling the parents of extremely preterm babies? *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *56*(3), 274–281. [doi:10.1111/ajo.12448](https://doi.org/10.1111/ajo.12448)

- Boyle, F. M. (2018). *Mothers bereaved by stillbirth, neonatal death or sudden infant death syndrome: patterns of distress and recovery*. Routledge.
- Büchi, S., Mörgeli, H., Schnyder, U., Jenewein, J., Hepp, U., Jina, E., Neuhaus, R., Fauchère, J. C., Bucher, H. U., & Sensky, T. (2007). Grief and post-traumatic growth in parents 2-6 years after the death of their extremely premature baby. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76(2), 106–114. <https://doi.org/10.1159/000097969>
- Burden, C., Bradley, S., Storey, C., Ellis, A., Heazell, A. E., 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, 9. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0800-8>
- Butler, A. E., Copnell, B., & Hall, H. (2019). Researching people who are bereaved: Managing risks to participants and researchers. *Nursing Ethics*, 26(1), 224–234. <https://doi.org/10.1177/0969733017695656>
- 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. (2013). Psychological effects of stillbirth. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*, 18(2), 76–82. <https://doi.org/10.1016/j.siny.2012.09.001>
- Cacciatore, J. & Flint, M. (2012). Mediating Grief: Postmortem Ritualization After Child Death. *Journal of Loss and Trauma*, 17, 158-172. <https://doi.org/10.1080/15325024.2011.595299>
- Cacciatore, J., & Bushfield, S. (2007). Stillbirth: the mother's experience and implications for improving care. *Journal of Social Work in End-of-life & Palliative Care*, 3(3), 59–79. https://doi.org/10.1300/J457v03n03_06
- Cacciatore, J., Blood, C., & Kurker, S. (2018). From “Silent Birth” to Voices Heard: Volunteering, Meaning, and Posttraumatic Growth After Stillbirth. *Illness, Crisis, and Loss*, 26(1), 23-39. <https://doi.org/10.1177/1054137317740799>

- Cacciatore, J., DeFrain, J., Jones, K. L. C., & Jones, H. (2008a). 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., Rådestad, I., & Frederik Frøen, J. (2008b). Effects of contact with stillborn babies on maternal anxiety and depression. *Birth (Berkeley, Calif.), 35*(4), 313–320. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2008.00258.x>
- Camacho-Ávila, M., Fernández-sola, C., Jiménez-lópez, F. R., Granero-molina, J., Fernández-medina, I. M., Martínez-artero, L., & Hernández-padilla, J. M. (2019). Experience of parents who have suffered a perinatal death in two Spanish hospitals: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth, 19*(1), 512-512. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2666-z>
- 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>
- Casey, S., & Schneider, A. (2024). Factors Involved in Posttraumatic Growth in Mothers Experiencing Fetal and Infant Death. *Omega, 302228241226539*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/00302228241226539>
- Český statistický úřad. (2016). *Porodnost a plodnost za období 2011-2015*. <https://www.czso.cz/documents/10180/32853427/13011816a.pdf/e7dad6a0-67af-40eb-bcf1-a47b36167dbe?version=1.0>
- Český statistický úřad. (2022). *Porodnost a plodnost za období 2011-2021*. <https://www.czso.cz/documents/10180/165603915/13011822.pdf/48325f59-e080-4991-a04c-643441673e17?version=1.3>
- Chiorino, V., Cattaneo, M. C., Macchi, E. A., Salerno, R., Roveraro, S., Bertolucci, G. G., Mosca, F., Fumagalli, M., Cortinovis, I., Carletto, S., & Fernandez, I. (2020). The EMDR Recent Birth Trauma Protocol: a pilot randomised clinical trial after traumatic childbirth. *Psychology & Health, 35*(7), 795–810. <https://doi.org/10.1080/08870446.2019.1699088>

- Christiansen D. M. (2017). Posttraumatic stress disorder in parents following infant death: A systematic review. *Clinical Psychology Review, 51*, 60–74. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.10.007>
- Clarke, T., & Connolly, M. (2022). Parent's Lived Experience of Memory Making With Their Child at or Near End of Life. *The American Journal of Hospice & Palliative Care, 39*(7), 798–805. <https://doi.org/10.1177/10499091211047838>
- Cordell, A. S., & Thomas, N. (1997). Perinatal Loss: Intensity and Duration of Emotional Recovery. *OMEGA – Journal of Death and Dying, 35*(3), 297–308. <https://doi.org/10.2190/DBC8-CPVR-K5AX-V79X>
- Crawley, R., Lomax, S., & Ayers, S. (2013). Recovering from stillbirth: The effects of making and sharing memories on maternal mental health. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 31*(2), 195–207. <https://doi.org/10.1080/02646838.2013.795216>
- David, G., Shakespeare-Finch, J., & Krosch, D. (2022). Testing theoretical predictors of posttraumatic growth and posttraumatic stress symptoms. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 14*(3), 399–409. <https://doi.org/10.1037/tra0000777>
- Davoudian, T., Gibbins, K., & Cirino, N. H. (2021). Perinatal Loss: The Impact on Maternal Mental Health. *Obstetrical & Gynecological Survey, 76*(4), 223–233. <https://doi.org/10.1097/OGX.0000000000000874>
- De Proost, L., Verweij, E. J. T., Ismaili M'hamdi, H., Reiss, I. K. M., Steegers, E. A. P., Geurtzen, R., & Verhagen, A. A. E. (2021). The Edge of Perinatal Viability: Understanding the Dutch Position. *Frontiers in Pediatrics, 9*, 634290. <https://doi.org/10.3389/fped.2021.634290>
- Delgado, L., Cobo, J., Giménez, C., Fucho-Rius, G. F., Sammut, S., Martí, L., Lesmes, C., Puig, S., Obregón, N., Canet, Y., & Palao, D. J. (2023). Initial Impact of Perinatal Loss on Mothers and Their Partners. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 20*(2), 1304. <https://doi.org/10.3390/ijerph20021304>
- deMontigny, F., Verdon, C., Meunier, S., & Dubeau, D. (2017). Women's persistent depressive and perinatal grief symptoms following a miscarriage: the role of childlessness and

- satisfaction with healthcare services. *Archives of Women's Mental Health*, 20(5), 655–662. <https://doi.org/10.1007/s00737-017-0742-9>
- Denney-Koelsch, E., & Cote-Arsenault, D. (2021). Life-limiting fetal conditions and pregnancy continuation: parental decision-making processes. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 14(e1), e985-e991. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2020-002857>
- Dickens, J., (2020). Lactation after loss: supporting women's decision-making following perinatal death. *British Journal of Midwifery*, 28, 442-448. <https://doi.org/10.12968/bjom.2020.28.7.442>
- Dítě v srdci. 2024. *Memory boxy*. <https://www.ditevsrdci.cz/cz/memoryboxy>
- Dombrecht, L., Chambaere, K., Beernaert, K., Roets, E., De Vilder De Keyser, M., De Smet, G., Roelens, K., & Cools, F. (2023). Components of Perinatal Palliative Care: An Integrative Review. *Children (Basel, Switzerland)*, 10(3), 482. <https://doi.org/10.3390/children10030482>
- Downe, S., Schmidt, E., Kingdon, C., & Heazell, A. E. (2013). Bereaved parents' experience of stillbirth in UK hospitals: a qualitative interview study. *BMJ Open*, 3(2), e002237. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-002237>
- Duncan, C., & Cacciatore, J. (2015). A Systematic Review of the Peer-Reviewed Literature on Self-Blame, Guilt, and Shame. *Omega*, 71(4), 312–342. <https://doi.org/10.1177/0030222815572604>
- Erlandsson, K., Lindgren, H., Davidsson-Bremborg, A., & Rådestad, I. (2012). Women's premonitions prior to the death of their baby in utero and how they deal with the feeling that their baby may be unwell. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 91(1), 28–33. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0412.2011.01209.x>
- 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>

- Fenstermacher K. H. (2014). Enduring to gain new perspective: a grounded theory study of the experience of perinatal bereavement in Black adolescents. *Research in Nursing & Health*, 37(2), 135–143. <https://doi.org/10.1002/nur.21583>
- Fernández-Sola, C., Camacho-Ávila, M., Hernández-Padilla, J. M., Fernández-Medina, I. M., Jiménez-López, F. R., Hernández-Sánchez, E., Conesa-Ferrer, M. B., & Granero-Molina, J. (2020). Impact of Perinatal Death on the Social and Family Context of the Parents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(10), 3421. <https://doi.org/10.3390/ijerph17103421>
- Flach, K., Gressler, N., Marcolino, M., & Levandowski, D. (2022). Complicated Grief After the Loss of a Baby: A Systematic Review About Risk and Protective Factors for Bereaved Women. *Trends in Psychology*. 31. <https://doi.org/10.1007/s43076-021-00112-z>
- Freedle, A., & Oliveira, E. (2024). Interpersonal and intrapersonal factors contributing to women's posttraumatic growth following perinatal loss. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 16(2), 193–200. <https://doi.org/10.1037/tra0001395>
- Gkiougki, E., Chatziioannidis, I., Pouliakis, A., & Iacovidou, N. (2021). Periviable birth: A review of ethical considerations. *Hippokratia*, 25(1), 1–7.
- Gold, K. J., Mozurkewich, E. L., Puder, K. S., & Treadwell, M. C. (2016). Maternal complications associated with stillbirth delivery: A cross-sectional analysis. *Journal of Obstetrics and Gynaecology: The Journal of the Institute of Obstetrics and Gynaecology*, 36(2), 208–212. <https://doi.org/10.3109/01443615.2015.1050646>
- Gold, K. J., Sen, A., & Hayward, R. A. (2010). Marriage and cohabitation outcomes after pregnancy loss. *Pediatrics*, 125(5), e1202–e1207. <https://doi.org/10.1542/peds.2009-3081>
- Gold, K. J., Sen, A., & Leon, I. (2018). Whose Fault Is It Anyway? Guilt, Blame, and Death Attribution by Mothers After Stillbirth or Infant Death. *Illness, Crisis & Loss*, 26(1), 40-57. <https://doi.org/10.1177/1054137317740800>
- Göthová, M. (2013). Postup u předčasného porodu s plodem na hranici viability (22.-25. týden) těhotenství. *Česká Gynekologie*. 78(6), 573-583.

- Graham, R. H., Mason, K., Rankin, J., & Robson, S. C. (2009). The role of feticide in the context of late termination of pregnancy: a qualitative study of health professionals' and parents' views. *Prenatal Diagnosis*, 29(9), 875–881. <https://doi.org/10.1002/pd.2297>
- Gravensteen, I. K., Helgadóttir, L. B., Jacobsen, E. M., Rådestad, I., Sandset, P. M., & Ekeberg, O. (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), e003323. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-003323>
- Halland, F., Morken, N. H., DeRoo, L. A., Klungsoyr, K., Wilcox, A. J., & Skjærven, R. (2016). Long-term mortality in mothers with perinatal losses and risk modification by surviving children and attained education: a population-based cohort study. *BMJ Open*, 6(11), e012894. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012894>
- Harper, M., O'Connor, R. C., & O'Carroll, R. E. (2011). Increased mortality in parents bereaved in the first year of their child's life. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 1(3), 306–309. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2011-000025>
- Heaney, S., Tomlinson, M., & Aventin, Á. (2022). Termination of pregnancy for fetal anomaly: a systematic review of the healthcare experiences and needs of parents. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 441. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04770-4>
- Hennegan, J. M., Henderson, J., & Redshaw, M. (2015). Contact with the baby following stillbirth and parental mental health and well-being: a systematic review. *BMJ Open*, 5(11), e008616. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008616>
- Henson, C., Truchot, D., & Canevello, A. (2021). What promotes post traumatic growth? A systematic review. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 5(4), Article 100195. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2020.100195>
- Herbert, D., Young, K., Pietrusińska, M., & Macbeth, A. (2022). The mental health impact of perinatal loss: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 297, 118-129. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.10.026>
- Hollins Martin, C. J., & Reid, K. (2023). A scoping review of therapies used to treat psychological trauma post perinatal bereavement. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 41(5), 582–598. <https://doi.org/10.1080/02646838.2021.2021477>

- Hughes, P., Turton, P., Hopper, E., & Evans, C. D. (2002). Assessment of guidelines for good practice in psychosocial care of mothers after stillbirth: a cohort study. *Lancet (London, England)*, 360(9327), 114–118. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(02\)09410-2](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(02)09410-2)
- Jackson, P., Power-walsh, S., Dennehy, R., & O'donoghue, K. (2023). Fatal fetal anomaly: Experiences of women and their partners. *Prenatal Diagnosis*, 43(4), 553-562. <https://doi.org/10.1002/pd.6311>
- Johnson, J. E., Price, A. B., Kao, J. C., Fernandes, K., Stout, R., Gobin, R. L., & Zlotnick, C. (2016). Interpersonal psychotherapy (IPT) for major depression following perinatal loss: a pilot randomized controlled trial. *Archives of Women's Mental Health*, 19(5), 845–859. <https://doi.org/10.1007/s00737-016-0625-5>
- Kachlová, M., Kučová, J., & Petrášová, V. (2022). *Ošetrovatelská péče v neonatologii*. Grada Publishing.
- 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, 137. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-137>
- Kendrick, J. I. S., & Sterrett-Hong, E. (2023). Navigating Loss Together: A Scoping Review of Couples Therapy Interventions for Perinatal Death. *Omega*, 302228231212653. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/00302228231212653>
- 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>
- 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>
- 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 (Berkeley, Calif.)*, 42(3), 206–218. <https://doi.org/10.1111/birt.12176>
- Kishimoto, M., Yamaguchi, A., Niimura, M., Mizumoto, M., Hikitsuchi, T., Ogawa, K., Ozawa, N., & Tachibana, Y. (2021). Factors affecting the grieving process after

- perinatal loss. *BMC Women's Health*, 21(1), 313. <https://doi.org/10.1186/s12905-021-01457-4>
- Klikarová, J., Šnajbergová, K., Měchurová, A., Velebil, P., & Feyereisl, J. (2014). Syndrom intrauterinního úmrtí plodu: analýza souboru za období 2008–2012 v Ústavu pro péči o matku dítě. *Česká Gynekologie*, 79(2), 120-127.
- Kokou-Kpolou, K., Megalakaki, O., & Nieuviarts, N. (2018). Persistent depressive and grief symptoms for up to 10 years following perinatal loss: Involvement of negative cognitions. *Journal of Affective Disorders*, 241, 360–366. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.08.063>
- Kornhauser Cerar, L., & Lucovnik, M. (2023). Ethical Dilemmas in Neonatal Care at the Limit of Viability. *Children (Basel, Switzerland)*, 10(5), 784. <https://doi.org/10.3390/children10050784>
- Krosch, D. J., & Shakespeare-Finch, J. (2017). Grief, traumatic stress, and posttraumatic growth in women who have experienced pregnancy loss. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 9(4), 425–433. <https://doi.org/10.1037/tra0000183>
- Lakhani, J., Mack, C., Kunyk, D., & van Manen, M. (2023). Exploring and Supporting Parents' Stories of Loss in the NICU: A Narrative Study. *Qualitative Health Research*, 33(14), 1279–1290. <https://doi.org/10.1177/10497323231201023>
- Lathrop, A., & Vandevusse, L. (2011). Affirming motherhood: validation and invalidation in women's perinatal hospice narratives. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 38(3), 256–265. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2011.00478.x>
- Leichtentritt R. D. (2011). Silenced voices: Israeli mothers' experience of feticide. *Social Science & Medicine* (1982), 72(5), 747–754. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.12.021>
- Lindgren, H., Malm, M.-C., & Rådestad, I. (2014). You Don't Leave Your Baby—Mother's Experiences after a Stillbirth. *OMEGA – Journal of Death and Dying*, 68(4), 337-346. <https://doi.org/10.2190/OM.68.4.c>
- Liška, K. (2012). Novinky v resuscitaci novorozence. *Pediatric pro praxi*, 13(4), 265–269.

- Lowdermilk, D. L., Perry, S. E., Cashion, K., Alden, K. R., & Olshansky, E. F. (2016). *Maternity and Women's Health Care* (11th ed). Elsevier.
- Lubušký, M. (2016). „Umělé přerušování těhotenství“: hledisko medicínské, organizační, legislativní a ekonomické. *Gyn Por; 1*(1):12–29.
- Marc-Aurele K. L. (2020). Decisions Parents Make When Faced With Potentially Life-Limiting Fetal Diagnoses and the Importance of Perinatal Palliative Care. *Frontiers in Pediatrics, 8*, 574556. <https://doi.org/10.3389/fped.2020.574556>
- Martel, S., & Ives-Baine, L. (2018). Nurses' Experiences of End-of-life Photography in NICU Bereavement Support. *Journal of Pediatric Nursing, 42*, e38–e44. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.05.011>
- 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>
- McSpedden, M., Mullan, B., Sharpe, L., Breen, L. J., & Lobb, E. A. (2017). The presence and predictors of complicated grief symptoms in perinatally bereaved mothers from a bereavement support organization. *Death Studies, 41*(2), 112–117. <https://doi.org/10.1080/07481187.2016.1210696>
- Miles M. S. (1985). Helping adults mourn the death of a child. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing, 8*(1-6), 219–241. <https://doi.org/10.3109/01460868509006363>
- Nordlund, E., Börjesson, A., Cacciatore, J., Pappas, C., Randers, I., & Rådestad, I.J. (2012). When a baby dies: Motherhood, psychosocial care and negative affect. *The British Journal of Midwifery, 20*, 780-784.
- Nuzum, D., Meaney, S., & O'Donoghue, K. (2018). The impact of stillbirth on bereaved parents: A qualitative study. *PloS One, 13*(1), e0191635. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191635>
- O'Connell, O., Meaney, S., & O'Donoghue, K. (2016). Caring for parents at the time of stillbirth: How can we do better?. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives, 29*(4), 345–349. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.01.003>

- Oxlad, M. J., Franke, E. F., Due, C., & Jaensch, L. H. (2023). Capturing parents' and health professionals' experiences of stillbirth bereavement photography: A systematic review and meta-synthesis. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 36(5), 421–428. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2023.03.001>
- Pelacho-Rios, L., & Bernabe-Valero, G. (2022). The loss of a child, bereavement and the search for meaning: A systematic review of the most recent parental interventions. *Current Psychology (New Brunswick, N.J.)*, 1–26. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-03703-w>
- Perinatal Palliative Care: ACOG COMMITTEE OPINION, Number 786. (2019). *Obstetrics and Gynecology (New York. 1953)*, 134(3), e84-e89. <https://doi.org/10.1097/AOG.00000000000003425>
- Peters, M. D., Lisy, K., Riitano, D., Jordan, Z., & Aromataris, E. (2015). Caring for families experiencing stillbirth: Evidence-based guidance for maternity care providers. *Women and Birth : Journal of the Australian College of Midwives*, 28(4), 272–278. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.07.003>
- Peters, M. D., Lisy, K., Riitano, D., Jordan, Z., & Aromataris, E. (2016). Providing meaningful care for families experiencing stillbirth: a meta-synthesis of qualitative evidence. *Journal of Perinatology: Official Journal of the California Perinatal Association*, 36(1), 3–9. <https://doi.org/10.1038/jp.2015.97>
- 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.
- Preiss, M. (2009). Trauma a posttraumatický růst. *Psychiatr. Pro Praxi*, 10(1):8-11.
- Prigerson, H. G., Frank, E., Kasl, S. V., Reynolds, C. F., 3rd, Anderson, B., Zubenko, G. S., Houck, P. R., George, C. J., & Kupfer, D. J. (1995). Complicated grief and bereavement-related depression as distinct disorders: preliminary empirical validation in elderly bereaved spouses. *The American journal of psychiatry*, 152(1), 22–30. <https://doi.org/10.1176/ajp.152.1.22>
- Procházka, M., Mechurová, A., Cepický, P., & Calda, P. (2014). Vedení porodu mrtvého plodu-doporučený postup. *Ceska Gynekologie*, 79 Suppl, 3–4.

- Rådestad, I., Nordin, C., Steineck, G., & Sjögren, B. (1996a). Stillbirth is no longer managed as a nonevent: a nationwide study in Sweden. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 23(4), 209–215. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536x.1996.tb00496.x>
- Rådestad, I., Steineck, G., Nordin, C., & Sjögren, B. (1996b). Psychological complications after stillbirth--influence of memories and immediate management: population based study. *BMJ (Clinical Research ed.)*, 312(7045), 1505–1508. <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7045.1505>
- Ratislavová, K. (2016). *Perinatální paliativní péče*. Grada Publishing.
- Ratislavová, K., & Štípková, M. (2020). The Perinatal Loss Care Educational Programme and Its Evaluation. *Zdravstveno Varstvo*, 59(1), 1-7. <https://doi.org/10.2478/sjph-2020-0001>
- Ratislavová, K., Beran, J., & Lorenzová, E.H. (2016). Decision-making of Czech mothers about contact with their baby after perinatal loss. *Kontakt*, 18.
- Ravaldi, C., Levi, M., Angeli, E., Romeo, G., Biffino, M., Bonaiuti, R., & Vannacci, A. (2018). Stillbirth and perinatal care: Are professionals trained to address parents' needs?. *Midwifery*, 64, 53–59. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.05.008>
- Redshaw, M., Henderson, J., & Bevan, C. (2021). 'This is time we'll never get back': a qualitative study of mothers' experiences of care associated with neonatal death. *BMJ Open*, 11(9), e050832. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-050832>
- 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), e010996. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010996>
- Ridaura, I., Penelo, E., & Raich, R. M. (2017). Depressive symptomatology and grief in Spanish women who have suffered a perinatal loss. *Psicothema*, 29(1), 43–48. <https://doi.org/10.7334/psicothema2016.151>
- Řiháček, T., Čermák, I., & Hytych, R. (2013). *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Masarykova univerzita.

- 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 Childbirth*, 203(14). <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-203>
- Ryninks, K., Wilkinson-Tough, M., Stacey, S., & Horsch, A. (2022). Comparing posttraumatic growth in mothers after stillbirth or early miscarriage. *PloS One*, 17(8), e0271314. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0271314>
- Sanchez N. A. (2001). Mothers' perceptions of benefits of perinatal loss support offered at a major university hospital. *The Journal of Perinatal Education*, 10(2), 23–30. <https://doi.org/10.1624/105812401X88165>
- Sandström, M., Wiberg, B., Wikman, M., Willman, A. -klara, & Högberg, U. (2008). A pilot study of eye movement desensitisation and reprocessing treatment (EMDR) for post-traumatic stress after childbirth. *Midwifery*, 24(1), 62-73. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2006.07.008>
- Setubal, M. S., Bolibio, R., Jesus, R. C., Benute, G. G., Gibelli, M. A., Bertolassi, N., Barbosa, T., Gomes, A., Figueiredo, F., Ferreira, R., Francisco, R., & Stein Bernardes, L. (2021). A systematic review of instruments measuring grief after perinatal loss and factors associated with grief reactions. *Palliative & Supportive Care*, 19(2), 246–256. <https://doi.org/10.1017/S1478951520000826>
- Sloan, E. P., Kirsh, S., & Mowbray, M. (2008). Viewing the fetus following termination of pregnancy for fetal anomaly. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing : JOGNN*, 37(4), 395–404. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2008.00260.x>
- Smith, J. A., & Osborn, M. (2015). Interpretative phenomenological analysis as a useful methodology for research on the lived experience of pain. *British Journal of Pain*, 9(1), 41–42. <https://doi.org/10.1177/2049463714541642>
- Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: theory, method and research*. Sage.
- Stillbirth Collaborative Research Network Writing Group (2011). Causes of death among stillbirths. *JAMA*, 306(22), 2459–2468. <https://doi.org/10.1001/jama.2011.1823>

- Sun, S., Qian, J., Wang, F., Tian, Y., Sun, Y., Zheng, Q., & Yu, X. (2023). Impact of contact with the baby following stillbirth on parental mental health and well-being: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Practice*, 29(6), e13146. <https://doi.org/10.1111/ijn.13146>
- Swanson, K. M., Chen, H. T., Graham, J. C., Wojnar, D. M., & Petras, A. (2009). Resolution of depression and grief during the first year after miscarriage: a randomized controlled clinical trial of couples-focused interventions. *Journal of Women's Health* (2002), 18(8), 1245–1257. <https://doi.org/10.1089/jwh.2008.1202>
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455–471. <https://doi.org/10.1007/BF02103658>
- Theroux, R., & Hersperger, C. L. (2022). Managing broken expectations after a diagnosis of fetal anomaly. *SSM. Qualitative Research in Health*, 2, 100188. <https://doi.org/10.1016/j.ssmqr.2022.100188>
- Thornton, R., Nicholson, P., & Harms, L. (2019). Scoping Review of Memory Making in Bereavement Care for Parents After the Death of a Newborn. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing: JOGNN*, 48(3), 351–360. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2019.02.001>
- Tovey, R., & Turner, S. (2020). Stillbirth memento photography. *Journal of Visual Communication in Medicine*, 43(1), 2–16. <https://doi.org/10.1080/17453054.2019.1691439>
- Trulsson, O., & Rådestad, I. (2004). The silent child--mothers' experiences before, during, and after stillbirth. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 31(3), 189–195. <https://doi.org/10.1111/j.0730-7659.2004.00304.x>
- 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, 5. června). *Perinatální výsledky v roce 2023 z dat Národního registru reprodukčního zdraví*. <https://www.nzip.cz/data/1925-narodni-registr-reprodukčního-zdravi-perinatalni-vysledky-2023>

- Vivekananda, K., McDowell, C., Knipe, K., McMaster, C., Rahimi, F., Richards, M., & Salvini, S. (2024). Professional bereavement photography for perinatal loss: A mixed-methods study. *Death Studies*, *48*(5), 489–499. <https://doi.org/10.1080/07481187.2023.2237440>
- Warland, J., Davis, D. L., et al. (2011). Caring for Families Experiencing Stillbirth: A unified position statement on contact with the baby. An international Collaboration. Dostupné z: https://www.ispid.org/fileadmin/user_upload/textfiles/Stillbirth_Position_Statement.pdf
- Warland, J., Heazell, A. E. P., Stacey, T., Coomarasamy, C., Budd, J., Mitchell, E. A., & O'Brien, L. M. (2018). "They told me all mothers have worries", stillborn mother's experiences of having a 'gut instinct' that something is wrong in pregnancy: Findings from an international case-control study. *Midwifery*, *62*, 171–176.
- Wilson, C., Atkins, B., Molyneux, R., Storey, C., & Blencowe, H. (2024). Parents', Families', Communities' and Healthcare Professionals' Experiences of Care Following Neonatal Death in Healthcare Facilities in LMICs: A Systematic Review and Meta-Ethnography. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.17982>
- Wilson, P. A., Boyle, F. M., & Ware, R. S. (2015). Holding a stillborn baby: the view from a specialist perinatal bereavement service. *The Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology*, *55*(4), 337–343. <https://doi.org/10.1111/ajo.12327>
- Wool, C., Black, B. P., & Woods, A. B. (2016). Quality Indicators and Parental Satisfaction With Perinatal Palliative Care in the Intrapartum Setting After Diagnosis of a Life-Limiting Fetal Condition. *ANS. Advances in Nursing Science*, *39*(4), 346–357. <https://doi.org/10.1097/ANS.000000000000147>
- World Health Organization (2023). *Congenital Disorders*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/congenital-anomalies>
- World Health Organization (2024). *Perinatal Conditions*. <https://platform.who.int/mortality/themes/theme-details/topics/topic-details/MDB/perinatal-conditions>

- Wright, P. (2010). Pushing On: A Grounded Theory Study of Maternal Perinatal Bereavement. *Dissertations*. 147.
https://ecommons.luc.edu/luc_diss/147
- Wright, P. M. (2016). The pushing on theory of maternal perinatal bereavement. In B. P. Black, P. M. Wright, & R. Limbo (Eds.), *Perinatal and Pediatric Bereavement in Nursing and Other Health Professions* (pp. 71–96). Springer Publishing Company.
- Zákon č. 372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), Sbírka zákonů č. 372 (2011).
https://ppropo.mpsv.cz/zakon_372_2011
- Zhuang, S., Chen, M., Ma, X., Jiang, J., Xiao, G., Zhao, Y., Hou, J., & Wang, Y. (2023). The needs of women experiencing perinatal loss: A qualitative systematic review and meta-synthesis. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 36(5), 409-420. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2023.03.007>
- Zlatohlávková, B. (2011). Viabilita plodu a novorozence. *Actual Gynecology an Obstetrics*, 3, 47-51.

Zoznam príloh

Príloha 1 – Scenár rozhovoru

Príloha 2 – Náborový leták

Príloha 3 – Vyjadrenie etickej komisie

Príloha 4 – Informácie o priebehu výskumu

Príloha 5 – Informovaný súhlas

Prílohy

Príloha 1 – Scenár rozhovoru

Zahájenie rozhovoru

- Poskytnutie informácií:
 - Predstavenie výskumníka, priebehu a účelu rozhovoru, objasnenie toho, na čo budú dáta použité, poďakovanie za zapojenie sa
 - Informácie o čase vyhradenom na rozhovor (60-90 minút), o možnosti odpovedať svojím tempom a spýtať sa, keby čokoľvek bolo nejasné
 - Pokiaľ na niektorú otázku respondentka z akéhokoľvek dôvodu nechce odpovedať, je to v poriadku, posunieme sa v rozhovore ďalej
 - V prípade potreby je možnosť využiť krátku prestávku
 - Pokiaľ by bol rozhovor respondentke nepríjemný, je možné ho ukončiť v akejkolvek fáze
- Priestor pre otázky/komentáre od respondentiek
- Podpísanie informovaného súhlasu

Otázky

Základné otázky (demografické, faktické):

- Vek, stav (slobodná, partnerstvo, manželstvo atď.)
- Dosiiahnuté vzdelanie
- Zamestnanie, aktuálny stav (pracujúca, nezamestnaná atď.)
- Dátum pôrodu, názov pôrodnice

Otázky zamerané na prežívanie:

- V tejto časti rozhovoru by som sa rada zamerala na Vašu skúsenosť s tehotenstvom a následnou stratou bábätká. Pokiaľ je to pre Vás v poriadku, popísali by ste mi, ako u Vás prebiehalo tehotenstvo?
- Ako ste sa dozvedeli, že s bábätkom niečo nie je v poriadku? V koľkom týždni tehotenstva? Čo sa stalo? Aké to pre Vás bolo?
- Ako ste prežívali samotný pôrod?
- Ako ste vnímali prístup personálu? Ako by mal v takejto chvíli podľa Vás vyzerat'?
- Dokázali by ste popísať, čo konkrétne Vám v rámci starostlivosti v nemocnici pomáhalo situáciu zvládnuť?
- Dokázali by ste popísať, čo Vám v rámci starostlivosti chýbalo? Napadá Vám niečo, čo by ste chceli inak?

- Cítili ste po pôrode, že by ste chceli s bábätkom stráviť nejaký čas?
 - o Pokiaľ áno – Bolo Vám to umožnené?
 - Pokiaľ áno – Ako dlho ste s ním boli? Akým spôsobom ste tento čas strávili? Aké to pre Vás v tú chvíľu bolo? Ako to vnímate spätne?
 - Pokiaľ nie – Čo Vám k tomu bolo povedané? Aké to pre Vás bolo?
 - o Pokiaľ nie – Z akého dôvodu? Ovplyvnil Vaše rozhodnutie aj niekto iný?
- Premýšľali ste v tú chvíľu o tom, že by ste si chceli nejakým spôsobom uchovať spomienky na bábätko? Bola Vám táto možnosť ponúknutá?
 - o Pokiaľ si spomienky uchovali – Aký to pre Vás malo význam?
 - o Pokiaľ najprv odmietli a potom zmenili názor – Čo Vás k tomu viedlo? Ako to vnímate spätne?
 - o Pokiaľ odmietli – Ako to vnímate spätne?
- Ako ste prežívali obdobie šestonedelia? Bola Vám poskytnutá nejaká forma podpory v období šestonedelia?
- Ako túto skúsenosť vnímate dnes s odstupom času? Čo Vám pomáhalo/pomáha fungovať? Čo Vašu situáciu, naopak, sťažovalo/sťažuje?
- Ako táto skúsenosť ovplyvnila Váš partnerský vzťah?
- Mali ste alebo máte aktuálne nejakú psychologickú podporu?
 - o Pokiaľ áno – Pomohlo/pomáha Vám to? Čo bolo pre Vás v rámci psychologickéj podpory prínosné? Je niečo iné, čo by ste potrebovali?
- Ako Vás táto skúsenosť ovplyvnila vo Vašom živote?
- Aký bol pre Vás tento rozhovor?
- Napadá Vám ešte niečo, čo by ste boli radi, aby v tomto rozhovore zaznelo?

Záver rozhovoru

- Poďakovanie za účasť
- Ponuka zaslania celkových výsledkov
- Informácie o možnosti podpory v prípade, že rozhovor otvoril neprijemné emócie – akým spôsobom o pomoc požiadať, poskytnutie kontaktov

HLEDÁME RESPONDENTKY

do výzkumu v oblasti
perinatální paliativní péče



**CENTRUM
PALIATIVNÍ
PÉČE**



**KATEDRA
PSYCHOLOGIE**
Filozofická fakulta
Univerzita Karlova

Projekt je zaměřen na prožívání maminek, kterým zemřelo miminko v pokročilém stadiu těhotenství, při porodu nebo krátce po něm. Výzkum bude probíhat formou rozhovoru se zaměřením na psychologické aspekty ztráty a zkušenost s péčí v porodnici. Získané informace budou přínosné pro lepší porozumění potřebám maminek po ztrátě miminka a rozvoj poskytování vhodné péče v porodnici.

Koho hledáme?

Ženy ve věku min. 18 let, které:

- **prošly ztrátou miminka** po ukončeném 22 týdnu těhotenství nebo do 7 dní po narození (od ztráty uplynulo min. půl roku a max. 3 roky)
- **chtějí sdílet své zkušenosti** v rozhovoru (cca 60 min.) zaměřeném na prožívání porodu, péči v porodnici a vyrovnávání se se ztrátou

Vedoucí diplomové práce:

Mgr. Bc. Karolína Vlčková, Ph.D.

Katedra psychologie

Filozofická fakulta, Univerzita Karlova

Jak se do výzkumu přihlásit?

V případě, že se chcete výzkumu účastnit, potřebujete další informace nebo máte dotazy, kontaktujte výzkumníka:

Ing. Bc. Michaela Slováková
m.slovakova@gmail.com

Další informace:

- Rozhovory budou probíhat v Praze
- Předpokládaná délka rozhovoru je 60 min
- Výzkum byl schválen Etickou komisí Centra paliativní péče

Príloha 3 – Vyjadrenie etickej komisie



Vyjádření etické komise k výzkumnému projektu

Název projektu: Perinatální ztráta a její prožívání z pohledu matek (Diplomová práce)

Hlavní řešitel: Ing. Bc. Michaela Slováková
Školitelka: Mgr. Karolína Vlčková, PhD

Stanovisko komise: Předložený projekt prošel posouzením Etické komise Centra paliativní péče, z.ú. a je v této podobě schválen pro realizaci. Jednání komise proběhlo ve složení: MUDr. Radim Němeček, Ph.D., PaedDr. Jarmila Baudišová, prof. RNDr. Václav Hampl, DrSc., MUDr. Barbora Straka, Ph.D., JUDr. Barbora Steinlauf, Ph.D.

Doporučení k realizaci projektu:

- Upravit znění Informovaného souhlasu týkající se odvolání souhlasu pouze ze závažných důvodů.

Rozhodnutí: Etická komise schvaluje projekt k realizaci s doporučeními.

Číslo rozhodnutí: 02 / 2023

Datum a podpis předsedy etické komise CPP nebo pověřeného zpravodaje:

7.11.2023

MUDr. Radim Němeček, Ph.D.

INFORMACE O PRŮBĚHU VÝZKUMU

v oblasti

perinatální paliativní péče



**CENTRUM
PALIATIVNÍ
PÉČE**



**KATEDRA
PSYCHOLOGIE**
Filozofická fakulta
Univerzita Karlova

Na úvod bychom Vám rádi poděkovali, že se zajímáte o tento výzkum. Jsme si vědomi, že mluvit o tak náročné životní zkušenosti, jakou je ztráta miminka, může být velmi těžké. Z tohoto důvodu bychom Vám chtěli nastínit, jak rozhovor bude probíhat a k čemu slouží. Doufáme, že Vám tyto informace usnadní rozhodování, jestli se výzkumu chcete zúčastnit anebo usoudíte, že teď svou zkušenost sdílet nechcete. Obě varianty jsou zcela v pořádku a pochopitelné.

K čemu bude rozhovor užitečný?

Díky Vašemu popisu prožívání a pohledu na pozitivní a negativní aspekty péče budou odborníci schopni lépe porozumět potřebám maminek po ztrátě miminka a následně jim poskytnout vhodnou péči.

Jak budou data z rozhovoru využita?

Předpokládaným výstupem je shrnutí výsledků projektu v diplomové práci a zároveň využití výsledků ve výzkumném projektu Centra paliativní péče s názvem „Současný stav a možnosti rozvoje perinatální paliativní péče v ČR“.

Na co se Vás budeme ptát?

V rozhovoru se budeme ptát na Vaše prožívání ztráty miminka a zkušenost s péčí v porodnici. Otázky budou zaměřeny na následující témata:

- průběh těhotenství a porodu
- přístup personálu
- co Vám pomáhalo a co situaci ztěžovalo
- rozloučení se s miminkem
- prožívání žestineděli
- jak Vás tato zkušenost ovlivnila, případně jak ovlivnila Vaš partnerský vztah

Další informace:

- Pokud by některé z otázek byly pro Vás nepříjemné, je v pořádku na ně neodpovídat a pokračovat v rozhovoru
- Rozhovor můžete ukončit v jakékoli fázi
- Rozhovor bude nahráván na diktafon, po přepisu bude záznam vymazán a data anonymizována
- Předpokládaná délka rozhovoru je 60 minut
- Rozhovor bude probíhat v Praze (Praha 1 nebo Praha 2)

Vedoucí diplomové práce:

Mgr. Bc. Karolína Vlčková, Ph.D.

Katedra psychologie

Filozofická fakulta, Univerzita Karlova

Kontakt na výzkumníka:

Ing. Bc. Michaela Slováková

m.slovakova@gmail.com

Príloha 5 – Informovaný súhlas

Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu a se zpracováním osobních údajů

Vážená paní, vážený pane,

dovoluji si Vás tímto požádat o udělení souhlasu s Vaší účastí ve výzkumném projektu v rámci své diplomové práce.

Informace o výzkumu:

Název diplomové práce: Perinatální ztráta a její prožívání z pohledu matek

Řešitel: Ing. Bc. Michaela Slováková

Vedoucí práce: Mgr. Karolína Vlčková, Ph.D.

Odborné pracoviště: Katedra psychologie Filozofické fakulty Univerzity Karlovy

Cílem výzkumu je zmapování prožívání matek, které prošly perinatální ztrátou, se zaměřením na psychologické aspekty ztráty a případnou zkušenost s perinatální paliativní péčí. Získaná data budou zpracována v diplomové práci a současně budou využita ve výzkumném projektu Centra paliativní péče s názvem „Současný stav a možnosti rozvoje perinatální paliativní péče v ČR“. Hlavním přínosem výzkumu bude lepší porozumění potřebám matek po perinatální ztrátě a identifikování oblastí možného rozvoje perinatální paliativní péče v budoucnu.

Jedná se o kvalitativní výzkum v podobě polostrukturovaných rozhovorů s matkami, které prošly perinatální ztrátou. Délka jednoho rozhovoru bude přibližně 60-90 minut. Rozhovory budou zaměřeny na prožívání, vyrovnávání se se ztrátou a případnou zkušenost s perinatální paliativní péčí a s přístupem personálu. Výzkumný soubor bude tvořen ženami oslovenými prostřednictvím zveřejnění letáku s informacemi o probíhajícím výzkumu a sdílením letáku v organizacích a internetových skupinách určených lidem po perinatální ztrátě. Odhadovaný počet rozhovorů je minimálně 10. Data z rozhovorů budou zpracovány formou interpretativní fenomenologické analýzy. Získaná data a výstupy z nich budou anonymizována. Realizace projektu byla schválena etickou komisí.

Možným rizikem účasti ve výzkumu je zpuštění nepříjemných emocí v souvislosti se znovuotevřením vzpomínek na období ztráty. Účastnice budou na začátku informované o možnosti odpovídat vlastním tempem a v případě potřeby využít možnost přestávky. Rozhovor je možné ukončit ze strany účastnic v jakékoli fázi a současně je možnost neodpovědět na otázky, které by respondentka vnímala jako nepříjemné. V závěru rozhovoru bude nabídnuta možnost následné psychoterapeutické péče nebo krizové intervence. Rovněž bude účastnicím nabídnuta možnost zaslání celkových výsledků po zpracování výzkumného projektu.

Informace o účastníkovi výzkumu:

jméno a příjmení:

datum narození:

bytem:

adresa pro doručování:

telefon:

e-mail:

Prohlášení

Já níže podepsaný/-á potvrzuji, že

- a) jsem se seznámil/-a s informacemi o cílech a průběhu výše popsaného výzkumu (dále též jen „výzkum“);
- b) dobrovolně souhlasím s účastí své osoby v tomto výzkumu;
- c) rozumím tomu, že se mohu kdykoli rozhodnout ve své účasti na výzkumu nepokračovat;
- d) jsem srozuměn s tím, že jakékoliv užití a zveřejnění dat a výstupů vzešlých z výzkumu nezakládá můj nárok na jakoukoliv odměnu či náhradu, tzn. že veškerá oprávnění k užití a zveřejnění dat a výstupů vzešlých z výzkumu poskytují bezúplatně.

Zároveň prohlašuji, že

- a) souhlasím se zveřejněním anonymizovaných dat a výstupů vzešlých z výzkumu a s jejich dalším využitím;
- b) souhlasím se zpracováním a uchováním osobních a citlivých údajů v rozsahu v tomto informovaném souhlasu uvedených ze strany Univerzity Karlovy, Filozofické fakulty, IČ: 00216208, se sídlem: nám. Jana Palacha 2, 116 38 Praha 1, a to pro účely zpracování dat vzešlých z výzkumu, pro účely případného kontaktování z důvodu zpracování dat vzešlých z výzkumu či z důvodu nabídky účasti na obdobných akcích a pro účely evidence a archivace; a s tím, že tyto osobní údaje mohou být poskytnuty subjektům oprávněným k výkonu kontroly projektu, v jehož rámci výzkum realizován;
- c) jsem seznámen/-a se svými právy týkajícími se přístupu k informacím a jejich ochraně podle § 12 a § 21 zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, tedy že mohu požádat Univerzitu Karlovu v Praze o informaci o zpracování mých osobních a citlivých údajů a jsem oprávněn/-a ji dostat a že mohu požádat Univerzitu Karlovu v Praze o opravu nepřesných osobních údajů, doplnění osobních údajů, jejich blokaci a likvidaci.

Výše uvedená svolení a souhlasy poskytují dobrovolně na dobu neurčitou až do odvolání. Vše výše uvedené se řídí zákony České republiky, s výjimkou tzv. kolizních norem, a bude v souladu s nimi vykládáno, přičemž případné spory budou řešeny příslušnými soudy v České republice.

Potvrzuji, že jsem převzal/a podepsaný stejnopolis tohoto informovaného souhlasu.

Dne:

Podpis: