

Univerzita Karlova v Praze
Filozofická fakulta
Katedra psychologie



Diplomová práce

Bc. Klára Borůvková

**Psychosociální intervence u žen
s perinatální ztrátou**

Psychosocial intervention for women
with perinatal loss

Praha 2012

Vedoucí diplomové práce:
PhDr. Simona Horáková Hoskovcová, Ph.D.

Děkuji PhDr. Simoně Horákové Hoskovcové, PhD. za cenné postřehy a podnětné vedení mé práce, své rodině za trpělivost, pochopení a podporu. Děkuji také všem ženám, které měly odvahu podělit se se mnou o svůj osobní příběh.

Prohlášení

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

V Trutnově dne 30.7.2012

Bc. Klára Borůvková

Abstrakt

Tato diplomová práce se zabývá mapováním potřeb a průběhu procesu integrace zkušenosti perinatální ztráty u matek, kterým zemřelo dítě v průběhu druhého a třetího trimestru těhotenství nebo porodu. Jejím cílem je také navrhnout optimální intervenci, která by předcházela rozvoji komplikací ve smyslu psychických poruch (PTSD, PAS).

Teoretická část popisuje perinatální ztrátu z hlediska incidence, etiologie, zabývá se problematikou ztráty blízkého člověka obecně a specifik v případě ztráty perinatální. V teoretické části se objevuje také problematika krize a jejího prožívání, fáze krize, vymezení pojmu psychosociální intervence a existující formy psychosociální intervence. Nabízí několik pohledů a přístupů k tématu truchlení jako procesu integrace náročné zkušenosti, popisuje jednotlivé fáze a možné problémy v jejich naplnění.

Empirická část se zaměřuje na mapování prožitků a potřeb žen, které mají zkušenost s perinatální ztrátou. Rovněž sleduje přístupy a okolnosti, druhy podpory, které ženám pomohly vyrovnat se s touto zkušeností. Snaží se také identifikovat takové aspekty, které tomuto vyrovnání bránily nebo je komplikovaly. Výzkumné šetření zahrnuje 13 hloubkových rozhovorů, které byly analyzovány pomocí metody IPA (Interpretativní fenomenologická analýza). Tento kvalitativní přístup byl doplněn o Vizuální analogovou škálu vyrovnávání se s perinatální ztrátou.

Na základě výsledků této kvalitativní mapující sondy byly identifikovány významné podporující aspekty, které napomáhají vyrovnávání se s perinatální ztrátou. Jedná se o sociální oporu zejména v oblasti partnerské, v blízkém sociálním okolí, sdílení se ženami s podobnou zkušeností a informační podporu. V kontaktu s ošetřujícím personálem, který je poskytovatelem zdravotní péče, byly nalezeny důležité oblasti, které při adekvátním přístupu mohou významně napomoci průběhu truchlení a adekvátní integraci zážitku u žen s danou zkušeností. Jako významná se jeví zejména kvalitní komunikace, nabízení přiměřených podpůrných intervencí v kontextu perinatální ztráty (např. podpora rituálu rozloučení) a respektování subjektivního významu ztráty.

Klíčová slova: psychosociální intervence, perinatální ztráta, truchlení, krize, potrat, porod mrtvého dítěte, integrace náročné životní zkušenosti

Abstract

This dissertation is focused on mapping the needs and development of experiencing the prenatal loss integration process in mothers, whose child died during the second or the third pregnancy trimester or suffered stillbirth. The goal of this dissertation is to suggest optimal intervention, which would prevent the progress of complications in terms of psychological disorders (PTSD, PAS).

The theoretical part describes prenatal loss from the aspect of incidence and etiology and the loss of a close relative in general. It also focuses on the specifics of prenatal loss, the topic of crisis and its experience, phases of crisis, definition of the term “psychosocial intervention” and demarcation of its existing forms. This part also offers several perspectives and attitudes to the topic of grief as a process of hard life experience integration. It also describes several phases and problems connected with their fulfillment.

The empirical part focuses on surveying the experiences and needs of women, who have suffered with prenatal loss. It also follows the approaches and circumstances, means of support, which helped women to cope with such an experience. It also tries to identify such aspects, which hindered this acceptance or made it more complicated. Research inquiry involves 13 depth interviews, which were analyzed by IPA methodology. This qualitative approach was filled in with visual analog scale of coping with prenatal loss.

Based on the outputs of this qualitative mapping test pit, some important supporting aspects were identified, which help coping with prenatal loss. These are social support, mainly in partnership, close social surroundings, sharing with women with similar experience and information support. In contact with the nursing staff providing health care, important areas were found, which can, with appropriate approach, significantly support the process of grieving and appropriate integration in women with such experience. Some obvious important matters are good communication in the first place, offering adequate support interventions in the context of prenatal loss (e.g. parting ritual support) and respecting its subjective meaning.

Keywords: psychosocial intervention, perinatal loss, grief, crisis, abortion, stillbirth, hard life experience integration

Obsah

I. ÚVOD.....	8
II. TEORETICKÁ ČÁST	9
Perinatální ztráta.....	9
1.1 Charakteristika a vymezení pojmu perinatální ztráty	9
1.2 Potrat.....	11
1.2.1. Potrat mrtvého plodu.....	11
1.2.2 Potrat živého plodu	12
1.2.3 Interrupce ze zdravotních důvodů.....	12
1.3 Syndrom mrtvého plodu	14
1.4 Sekundární traumatizace zdravotnického personálu	16
2. Psychosociální aspekty těhotenství	17
3. Psychologická adaptace na ztrátu.....	19
3.1 Charakteristika krize.....	19
3.1.1 Ztráta jako krizová situace	21
3.1.2 Syndrom psychického ohrožení	22
3.1.3 Psychická odolnost vůči krizi	23
3.2 Přirozené a maladaptivní projevy krize	24
3.2.1 Přirozené mechanismy chránící před psychickou i fyzickou bolestí.....	25
3.2.2 Copingové strategie využitelné v krizi.....	26
3.2.3 Akutní reakce na stres	26
3.2.4 Posttraumatická stresová porucha (PTSD)	29
3.2.5 Postabortivní syndrom (PAS)	31
3.3 Truchlení.....	34
3.3.1 Jednotlivé fáze truchlení dle Kübler - Rossové	34
3.3.2 Fáze truchlení dle Kastové.....	35
3.3.3 Překonávání ztráty dle Moodyho a Arcangelové.....	38
3.3.4 Úkoly v procesu truchlení dle Wordena	39
3.3.5 Aspekty procesu truchlení dle Davisové.....	46
3.3.6 Rozdílnost prožívání truchlení u otce a matky dítěte.....	49
4. Psychosociální intervence	52
4.1 Charakteristika a vymezení psychosociální intervence	52
4.2 Krizová intervence.....	54
4.3 Psychosociální intervence v případě perinatální ztráty	55
III. EMPIRICKÁ ČÁST	58
1. Cíle empirického šetření	58
2. Výzkumné otázky.....	59
3. Použité výzkumné metody	60
3.1 Individuální hloubkový rozhovor	61
3.2 Vizuální analogová škála vyrovnávání se s perinatální ztrátou (VAŠ).....	64
4. Postup a organizace sběru dat	65
4.1 Pilotní rozhovory	66

4.2 Realizace výzkumného šetření	67
5. Zpracování dat.....	67
5.1 IPA analýza.....	68
6. Výzkumný soubor	71
6.1 Popis souboru	72
7. Etika výzkumu	75
8. Kvalitativní analýza	76
8.1 Vizualní analogová škála.....	76
8.2 Rozhovory.....	89
8.2.1 Výzkumná otázka č.1	89
8.2.2 Výzkumná otázka č.2.....	114
8.2.3 Výzkumná otázka č.3.....	121
8.2.4 Výzkumná otázka č. 4.....	130
8.2.5 Výzkumná otázka č.5.....	143
8.2.6 Shrnutí analýz rozhovorů	149
8.3 Fokusová skupina s porodními asistentkami	152
9. Diskuse.....	155
9.1 Výzkumný soubor.....	155
9.2 Použité metody	156
9.3 Výsledky šetření	157
9.4 Individuální hloubkové rozhovory	158
9.5 Srovnání s jinými výzkumy.....	161
IV. ZÁVĚR.....	164
POUŽITÉ ZDROJE.....	169
SEZNAM PŘÍLOH.....	174
PŘÍLOHY	Chyba! Záložka není definována.

I. ÚVOD

V oblasti porodnictví se pohybuji profesně v roli duly již více než 11 let. Ve své praxi duly se setkávám i se ženami, jejichž těhotenství nemělo z různých důvodů šťastný konec. Jejich situace je velmi náročná a bylo pro mne vždy silnou zkušeností, provázet je na jejich cestě. Uviděla jsem, jak je pro tyto ženy důležitá podpora okolí, a jak moc jejich prožívání ovlivňuje také přístup zdravotníků. Tyto okolnosti mohou velmi výrazně přispět k tomu, jak ženy budou situaci čelit, jak se s ní budou vyrovnávat, jak se jim podaří zkušenost integrovat. Některé jejich příběhy byly varující, vnímala jsem, že kdyby ženy nemusely čelit neadekvátnímu přístupu ze strany zdravotníků či rodiny, mohly by pravděpodobně celým procesem projít snáze.

V této práci jsem se tedy rozhodla dívat se na téma perinatální ztráty. Rozhodla jsem se věnovat se zkušenostem žen, které prošly takovouto situací, jejich prožívání celé události a toho, co následovalo, zmapování toho, co napomáhá adekvátní integraci takovéto náročné životní zkušenosti. Zajímalo mne teoretický rámec procesu truchlení, jeho kontext a souvislosti z pohledu krize a krizové intervence, hledala jsem různé pohledy na prožívání procesu truchlení a integrační mechanismy. Rozhodla jsem se sledovat podpůrné faktory, copingové strategie žen, okolnosti a přístupy, které napomáhají vyrovnávání se se ztrátou, a které této integraci nepomáhají nebo ji naopak brzdí nebo jí brání.

V České republice není dle mého názoru tomuto tématu věnováno dostatek prostoru v odborné literatuře. Matky hledají oporu jak informační tak emocionální, samy reflektují svou potřebu sdílení a vytvářejí si svůj vlastní, většinou virtuální – internetový prostor pro toto sdílení a vzájemnou podporu. Také přístup jednotlivých porodnic je různý a bohužel většinou neodpovídá vyspělým západním zemím. Proto jsem se rozhodla zabývat se také případnou strukturou, podobou či návrhem formy psychosociální intervence pro ženy, které aktuálně touto zkušeností procházejí. Ráda bych tímto krokem usnadnila zdravotníkům i ženám orientaci v tomto poli a napomohla snížení míry zátěže v této situaci.

II. TEORETICKÁ ČÁST

Perinatální ztráta

V první kapitole bych se chtěla věnovat vymezení a charakterizování pojmu perinatální ztráta, jejím možným podobám a specifikům. V závěru kapitoly zmíním také aspekt sekundární traumatizace zdravotnického personálu.

1.1 Charakteristika a vymezení pojmu perinatální ztráty

Ve své práci se zabývám tématem perinatální ztráty, a to ve druhém a třetím trimestru těhotenství. Zcela záměrně opomím první trimestr, aniž bych tím chtěla jakkoli snižovat míru zármutku, spojenou se ztrátou dítěte v ranější fázi těhotenství. Spontánní ukončení těhotenství, potrat, v prvním trimestru bývá relativně častou zkušeností matek, spojenou s obdobným procesem truchlení, jako když se to stane později. Pro ženu bude v její mysli a srdci její nenarozené dítě vždy dítětem, i když odešlo ve velmi rané fázi těhotenství.

Zaměřila jsem se na pozdější fáze těhotenství, protože se domnívám, že míra spojení s dítětem, kvalita vzájemné vazby s matkou, je v pozdějších fázích jiná, intenzivnější (viz kap. Psychosociální aspekty těhotenství). Partner, rodina i okolí těhotné ženy již akceptovali její stav a očekávají příchod dítěte, anticipují jej, vstupují sem představy o dítěti, o jeho budoucnosti, rodina se adaptuje na změny, které po příchodu dítěte nastanou. Setkala jsem se opakovaně s faktem, že ženy sice nějak předpokládají, že se spontánní potrat může udát, ale spojují jej právě s prvním trimestrem těhotenství, který je v tomto ohledu obecně vnímán jako nejrizikovější. Ve druhém či třetím trimestru to bývá o to nečekanější událost.

Ve své diplomové práci se věnuji tématu perinatální ztráty, kterou pro tento případ budu definovat jako spontánní antenatální úmrtí plodu mezi 16. gestačním týdnem a porodem, umělé přerušování těhotenství po 16. gestačním týdnu z vážných zdravotních důvodů na straně matky nebo dítěte a intranatální úmrtí plodu.

Medicínská terminologie je od tohoto mého pojetí odlišná. Považuji za důležité ji na tomto místě uvést. Těhotenství trvá zhruba 40 týdnů a je rozděleno na jednotlivé trimestry. První trimestr končí 13. gestačním týdnem, druhý trimestr zahrnuje období mezi 14. a 27.

gestačním týdnem a třetí trimestr začíná 28. týdnem gravidity a končí porodem plodu. Normální porod v termínu nastává po ukončeném 38. týdnu těhotenství a měl by proběhnout nejpozději do konce 42. gestačního týdne (Enkin, 1997).

Zákon stanovuje kritéria, určená pro definici živě, resp. mrtvě narozeného dítěte. Rozlišování, kdy se už jedná o porod a kdy ještě o potrat, je podle mé zkušenosti jednou z dalších zatěžujících okolností pro ženy v této situaci, pokud se míry plodu pohybují v hraniční kategorii.

K 1. 4. 2012 vstoupil v platnost nový zákon o zdravotních službách, který toto rozlišování zjednodušuje. Podle § 82 odst. 2 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, se plodem po potratu rozumí plod, který po úplném vypuzení nebo vynětí z těla matčina neprojevuje ani jednu ze známek života a současně jeho porodní hmotnost je nižší než 500g, a pokud ji nelze zjistit, jestliže je těhotenství kratší než 22 týdnů. Biologickými zbytky potratu se především rozumí placenta a těhotenská sliznice.

Vzhledem k tomu, že se zkušenosti všech respondentek vztahují do doby dřívější, uvádím zde také původní kategorizaci pro udržení kontextu. Původní kritériální členění bylo v několika případech faktorem, který zvyšoval zátěž respondentek. Do dubna roku 2012 byla kritéria stanovena vyhláškou ministerstva zdravotnictví ČSR č. 11/1988 ze dne 22. ledna 1988, kde bylo živě narozené dítě definováno jako dítě, jež po porodu projevovalo alespoň jednu ze známek života a mělo porodní hmotnost alespoň 500 g a vyšší, a nebo nižší než 500 g, přežilo-li 24 hodin po porodu. Známkami života se rozuměli dech nebo srdeční akce nebo pulsace pupečníku či aktivní pohyb svalstva, i když pupečník nebyl přerušen nebo placenta nebyla porozena. Mrtvě narozené dítě bylo vyhláškou definováno jako plod, který po porodu neprojevoval ani jednu ze známek života a měl porodní hmotnost alespoň 1000 g a vyšší.

V praxi toto znamenalo, že pokud se narodilo ženě dítě, jež zemřelo již v děloze, a nemělo porodní hmotnost vyšší než 1000 g, byla situace klasifikována jako potrat. Tento fakt s sebou nesl další okolnosti, jako nemožnost oficiálního pojmenování dítěte, nemožnost oficiálního pohřbu, klasifikace a pojmenování události jako potratu, a tím také snižování jakési společenské významnosti ztráty atd. Dítě dosahuje hmotnosti 1000 g přibližně kolem 28. gestačního týdne. Tedy miminka, která zemřela intrauterinně ve druhém trimestru těhotenství, bývala (v souladu s tehdy platným zákonem a v závislosti na své porodní hmotnosti) označována jako potraty.

Pro vyjádření perinatální mortality se využívá součtu údajů mrtvorozenosti a časné novorozenecké úmrtnosti (úmrtní živě narozených novorozenců do 7. dne života).

Mrtvorozenost zahrnuje intrauterinní antepartální a intrapartální úmrtí a jde o poměr všech těchto případů na 1000 všech narozených novorozenců. Mrtvorozenost se v České republice pohybuje dlouhodobě kolem 2-3‰ (Hájek, 2004). To ve svém -důsledku znamená (s ohledem na statistiku živě narozených dětí), že s porodem mrtvého dítěte se ročně v ČR setká zhruba něco přes 300 žen.

Nutno říci, že potraty dle dřívější kategorizace (tedy plody, které zemřely intrauterinně, ale nedosáhly porodní hmotnosti 1000 g) se do této statistiky nezapočítávaly. Pro dokreslení uvádím dostupné statické údaje (jedná se údaje, které se vztahují také k původní kategorizaci). Demografická ročenka ČR uvádí za rok 2009 celkem 1381 potratů - tedy plodů starších 16 gestačních týdnů, které nedosáhly porodní hmotnosti alespoň 1000 g. Z toho se jednalo o 718 spontánních potratů a 661 umělých přerušení těhotenství z genetických důvodů nebo ze zdravotních důvodů na straně matky (Demografická ročenka ČR 2009, 2010).

1.2 Potrat

1.2.1. Potrat mrtvého plodu

O potratu hovoříme v souladu s aktuálně platnou zákonnou normou tehdy, jedná-li o plod narozený bez známek života, s porodní hmotností nižší než 500g, popř. plod z těhotenství kratšího než 22 gestačních týdnů.

Hmotnosti 500 g dosahují plody zhruba okolo 23. gestačního týdne. Toto koresponduje se stanovenou hranicí viability, životaschopnosti plodu, které je stanovena v ČR na ukončený 24. týden těhotenství.

Dle původní vyhlášky se o potratu mrtvého plodu hovořilo tehdy, jestliže se jednalo o plod narozený bez známek života (nepřítomnost dechu, srdeční akce, spontánní pohyb) s porodní hmotností menší než 1000 g.

Ratislavová (2008) se věnuje také psychologickým aspektům potratu. Při hrozícím potratu popisuje u žen úzkost a obavy o těhotenství, při probíhajícím potratu dominuje pocit bezmoci a potřeba obvinít někoho z okolí. Po potratu je běžná lítost, pocity viny, studu, pocit ztráty části sebe, pocity prázdna, zklamání a nespravedlnosti. Ženy se často snaží najít

racionální informace, vysvětlení, jak k potratu došlo, aby mohly v dalším těhotenství podobné komplikaci předejít. Bývá pro ně velkým zklamáním, že se často příčina úmrtí plodu neobjeví, pak může docházet u žen k různým sebeobviňujícím fantaziím a odpovědím. Často se také objevují pocity nenávisti či závisti ženám, které jsou těhotné či nedávno porodily. Ženy se za tyto pocity obvykle stydí. Obtížnější reakce na potrat bývá patrná u žen po plánovaném a chtěném těhotenství, u žen s jinou významnou ztrátou v anamnéze či u opakovaných potratů, u žen, které dříve podstoupily interrupci a mají reziduální pocity viny (potrat vnímaný subjektivně jako trest za předchozí interrupci), u žen s neuspokojivým partnerským vztahem nebo malou podporou okolí (Ratislavová, 2008).

1.2.2 Potrat živého plodu

Tato kategorie v současné době již neplatí. Dle aktuálně platné zákonné normy se jakékoli vynětí plodu, který projevuje známky života, považuje za porod.

Původní kategorizace nabízela však i tuto možnost. Uvádím ji zde také proto, že minimálně 1 respondentka spadala do této kategorie. Tato kategorie popisovala situaci, kdy se porodil živý plod (resp. je-li přítomná alespoň jedna prokazatelná známka života – dýchání, srdeční akce, spontánní pohyb) o hmotnosti menší než 500 g a dítě zemřelo do 24 hodin po porodu. Tato situace, tedy potrat živého plodu, bývala spíše výjimkou. V případě, že plod jevil známky života a jeho hmotnost byla vyšší než 500g nebo přežil-li plod o hmotnosti méně než 500 g prvních 24 hodin porodu, hovořilo se o předčasném porodu a extrémně nezralém novorozenci.

1.2.3 Interrupce ze zdravotních důvodů

Vzhledem k možnostem prenatalní diagnostiky se nyní ženy častěji setkávají se situací, kdy je jim sdělena závažná diagnóza jejich dítěte, následovaná návrhem přerušení těhotenství, které lze provést do ukončeného 22. gestačního týdne. Rodiče jsou vystaveni náročné situaci, kdy sami musí rozhodnout o dalším osudu dítěte, respektive o ukončení těhotenství, což s sebou nese řadu těžkostí. Výsledky genetických vyšetření přicházejí v době, kdy žena již vnímá plod jako své dítě, vnímá jeho pohyby, má konkrétní představu také díky

ultrazvukovým obrázkům, má k dítěti emocionální vazbu. Proto interrupce z genetických důvodů představuje pro ženu extrémně náročnou situaci, zahrnující jednak ztrátu chtěného a očekávaného dítěte, ale také fyzický zážitek potratu, žena prožívá svoje selhání na úrovni rodičovství (neschopnosti přivést na svět zdravé dítě) a je zde dále také zátěž vlastního rozhodnutí o ukončení těhotenství. Toto je v celém součtu pro rodiče extrémní zátěží. Proto jsem do své práce zařadila také ženy se zkušeností interrupce z genetických důvodů.

Rodiče při sdělení diagnózy často očekávají jednoznačné vyjádření lékaře k diagnóze, etiologii postižení, prognózu, jednoznačné doporučení. Názor lékaře je v tuto chvíli často rozhodující, ale rozhodnout se musí rodiče sami. Někdy se může stát, že přes doporučení lékařů a přes jednoznačnost postižení (ať už toto postižení je či není slučitelné se životem) se rodiče rozhodnou těhotenství neukončovat a dítě donosit a porodit. V tomto případě si také zaslouží podporu a pomoc zdravotnického personálu. Přestože se stává, že plod často odumře intrauterinně nebo dojde k předčasnému porodu, po kterém dítě zemře, žena bývá vystavena daleko menším pocitům viny a snáší situaci lépe, s vědomím, že respektovala přirozený běh věcí. Nicméně většina žen se v takovéto situaci rozhoduje pro interrupci, což je také cesta, která je v našem zdravotnickém systému jednoznačně preferována a doporučována. Pak se objevují prožitky ztráty se všemi fázemi, silné negativní emoce. Často jsou přítomny pocity viny, studu, vlastní nedostačivosti a selhání. Další komplikací procesu truchlení bývá fakt, že ženy neměly možnost fyzického kontaktu s dítětem, je zde pak prostor pro fantazie, které bývají mnohem horší než skutečná realita. Také nepřítomnost rituálů (pohřeb) většinou proces komplikuje. Dalším negativním faktorem bývá i reakce okolí, které často zdůrazňuje pozitiva včasné identifikace vady a včasného „řešení“, zaměřuje se na možnosti dalšího těhotenství a nedává rodičům prostor pro smutek za jejich dítětem (Ratislavová, 2008).

Indukce porodu/potratu se v tomto případě provádí intraamniální aplikací nejčastěji prostaglandinů (vpíchnutí látky do plodové vody). Po této aplikaci dochází k úmrtí plodu. Porod/potrat je veden vaginální cestou. Vzhledem k faktu, že prostaglandiny zvyšují bolestivost porodu, doporučuje se a je plně indikováno dostatečné tlumení bolesti, a to zejména epidurální analgezií (Hájek, 2004).

Velmi důležitým faktorem, který může snížit negativní dopad události na psychiku i zdravotní stav ženy, je přístup zdravotníků při samotném průběhu interrupce. Ratislavová (2008) uvádí, že v současných podmínkách je žena traumatizována tím, že musí potrácet buď na pokoji s jinými těhotnými, nebo na porodním sále v těsné blízkosti rodících matek. Toto bohužel také koresponduje s mojí zkušeností z práce s těmito ženami. Žena v této situaci

potřebuje intenzivní péči a individuální, citlivý a respektující přístup porodní asistentky a lékaře, adekvátní psychickou podporu, ale také přiměřený druh analgezie. Pokud by si to rodiče přáli, měli by mít možnost vidět potracený plod, což může napomoci symbolickému rozloučení a brání nepřiměřeným fantaziím o vzhledu, abnormalitě či zrudnosti plodu.

1.3 Syndrom mrtvého plodu

Do této kategorie spadají všechny mrtvé plody, jejichž porodní hmotnost je vyšší než 500 g. Což je plně v souladu s aktuálně platnou zákonnou normou. Úmrtí plodu, které proběhlo přímo za porodu, je označováno jako intrapartální. Intrapartální úmrtí jsou v současné době vzhledem k velmi dobrým monitorovacím schopnostem techniky spíše ojedinělá.

Etiologie syndromu mrtvého plodu je ve 20-50% nejasná a příčina smrti plodu se neprokáže. Příčiny lze obecně rozdělit na příčiny na straně matky (např. gestózy, diabetes mellitus, HELLP syndrom, kardiovaskulární choroby, abúzus léků a drog, šokové a krvácivé stavy matky atd.), plodu (bakteriální a virové infekce, strukturální malformace, chromozomální aberace apod.) a na placentární a pupečnickové příčiny (insuficience placenty, IUGR, abrupce placenty, strangulace pupečníku, trombóza pupečnickových cév apod.). Nejčastější prokázanou příčinou antenatálního úmrtí bývá dle Hájka (2004) intraamniální infekce a abrupce placenty (Hájek, 2004).

Žena přichází do zdravotnického zařízení na základě subjektivních příznaků, ke kterým patří zejména změna vnímání intenzity či vymizení pohybů plodu, kontrakce, krvácení či výtok, únava a subfebrilie. Matky také často hovoří o nepříjemné předtuše, nicméně tento fakt se spíše zdráhají se zdravotníky sdílet. Diagnóza mrtvého plodu se provádí za pomoci monitorovací techniky, kde se prokazuje nepřítomnost srdečních ozev plodu a později ultrazvukovým vyšetřením, zobrazujícím asystolii a dilataci srdce plodu. Je-li plod v děloze mrtvý více než 7 dnů, lze prokázat ultrazvukem i střechovité překrývání lebních kostí, tzv. Spaldingovo znamení (Hájek, 2004).

Těhotná žena s mrtvým plodem by měla být dle současných zdravotnických doporučení neprodleně odeslána k hospitalizaci a v případě varovných příznaků, upozorňujících na možnost komplikací, do perinatologického centra. Současná medicína upřednostňuje vaginální vedení porodu či potratu, a to za pomoci indukce porodu, pokud se

kontrakce samy neobjevily. Pokud žena krvácí a je zde podezření na předčasné odloučení placenty, je indikován císařský řez. Včasná indukce porodu či potratu by měla bránit rozvoji komplikací, nejčastěji hrozí komplikace infekce a následného rozvoje sepse či poruchy hemokoagulace (DIC). V rámci vedení porodu se doporučuje dostatečná medikace proti bolesti. Riziko opakovaného intrauterinního úmrtí se uvádí asi 7%. Každé těhotenství, které následuje po porodu mrtvého plodu, je označováno jako rizikové (Hájek, 2004).

Ratislavová (2008) rozlišuje situaci, kdy rodička přichází do porodnice již s diagnózou mrtvého plodu, a situaci, kdy dochází k úmrtí plodu za porodu. Ve druhém případě se častěji objevuje hněv, směřovaný na zdravotnický personál, který je viněn z pochybení. Může se stát, že rodička hůře spolupracuje, dochází k její izolaci a snaží se porodnické zařízení co nejrychleji opustit. Zde je doporučováno kontaktovat prostředníka, nejlépe psychologa.

Mnohé ženy jsou po porodu také zaskočeny příchodem laktace, kterou neočekávaly a která je spojena s hormonálními výkyvy, jež ovlivňují mimo jiné i psychickou stabilitu ženy.

V rámci pobytu v porodnici je vhodné umístit ženu do jiné části zařízení, než kde pobývají ostatní ženy po porodu s dětmi. Ve vyspělých zemích západní Evropy je běžné, že rodiče mají možnost trávit čas se svým dítětem v klidném prostředí, jsou podporováni v kontaktu s dítětem (umýt a obléct), mají možnost kontaktu s duchovním. Často se jim také dostává různých pamětních balíčků (tzv. memory pack), které obsahují pramen vlásků, fotografie, nemocniční označovací náramek, otisk nožky nebo ručky dítěte, popřípadě různé pamětní listy s vyjádřením účasti zdravotníků (Samuelsson, 2002). Ratislavová (2008) uvádí, že u nás je takovéto rituální chování považováno za nevhodné či snad dokonce zvrácené (Ratislavová, 2008).

Nicméně Roztočil (2008) tento přístup také jednoznačně reflektuje a doporučuje. *„Tato smutná povinnost není sice denním chlebem porodní asistentky a porodníka, nicméně zvláště proto je dobré stanovit si standardní postupy v této situaci. Neinformovat rodiče telefonicky, pro informaci volit důstojné, uzavřené prostředí bez přítomnosti cizích osob. Informováni by měli být oba rodiče, a to porodníkem, porodní asistentkou, neonatologem. Nespěchat, nelhat a nevymýšlet si. Volit výrazové prostředky adekvátní schopnostem chápání rodičů. Docílit jejich pochopení případu. Klidně a vyčerpávajícím způsobem odpovědět na všechny jejich možné i nemožné otázky. Nestavět se do nadřazené, mentorské pozice. Chápat smutek i negativní reakce. Umožnit rodičům společný pobyt po dobu nezbytně nutné hospitalizace. Ženu nehospitalizovat na oddělení rizikového těhotenství nebo na oddělení šestinedělí. Pokud možno ji hospitalizovat samostatně. Hospitalizaci zbytečně neprodlužovat.*

Nebránit rodičům ve vizuálním i taktilním kontaktu s mrtvým novorozencem. Pokud odmítají novorozence vidět a chtějí o něm informace, podrobně jim stav novorozence popsat. Opatrně volit výrazové prostředky pro popis macerovaného novorozence nebo při výskytu vrozených vývojových vad. Nebránit náboženským úkonům (křest). Probrat možnosti pohřbu a respektovat jejich přání. Nabídnout pomoc rodičům při informování příbuzných. Umožnit jim mít trvalou vzpomínku na mrtvého novorozence (otisk ruky, chodidla, pramínek vlasů). Pokud si to rodiče přejí, probrat s nimi možnosti dalších těhotenství“ (Roztočil, 2008, s. 130 - 131).

Mnoho rodičů je v okamžiku ztráty dítěte v šoku a ve stresu, takže ani neuvažují o nějakých upomínkách na jejich dítě. Některé studie však dokazují, že rodiče, kteří mají na své zemřelé dítě nějakou konkrétní památku, jsou později spokojenější a méně úzkostní než ti, kteří nemají nic, co by je s dítětem spojovalo (Ratislavová, Beran, 2010).

1.4 Sekundární traumatizace zdravotnického personálu

Ratislavová (2008) i Lucká (2002) zmiňují fakt, že v našem zdravotnictví je často zapomínáno na adekvátní podporu zdravotníků v takovéto situaci. Zdravotníci bývají nedostatečně vzděláni v problematice provázení rodičů postižených ztrátou. Nebývají schopni dostatečné reflexe svých vlastních negativních pocitů a psychické zátěže spojené s expozicí podobné situaci. Ratislavová (2008) cituje závěry studií, které popisují vzorce chování zdravotnického personálu, které byly opakovaně pozorovány a které spíše brání zdravému průběhu procesu truchlení. Patří sem:

- Co možná nejrychlejší vyřízení potratu či porodu mrtvého plodu s následným zmizením dítěte, strategie „nic se neodehrálo“
- Racionalizace a bagatelizace zármutku s akcentem na další těhotenství, kde bude dítě zdravé
- Omezení lékařského rozhovoru na medicínsko-přírodovědné souvislosti

(Ratislavová, 2008; Lucká, 2002)

Rodiče v případě porodu mrtvého dítěte potřebují přístup, který by je podpořil v kontaktu s mrtvým dítětem, dodal jim odvalu, přístup, který by nebránil zdravému průběhu

procesu truchlení. Tato role však zdravotníkům způsobuje enormní psychickou zátěž, intenzivní emoční prožitky a přímou konfrontaci s vlastní smrtelností, pocity bezmoci a profesionálního selhání. *„Nevědomý strach ze smrti se projevuje u zdravotníků vyhýbavým chováním, minimalizováním kontaktu s pacientkou, neosobním zacházením s rodičkou, zacházením s mrtvým plodem jako s věcí nebo únikem do nadměrné bezúčelné aktivity“* (Ratislavová, 2008, s.76).

2. Psychosociální aspekty těhotenství

V posledních letech se mění vztah žen k těhotenství a jeho prožívání. Rodíme méně dětí, snažíme se odkládat těhotenství na dobu, kdy budeme připraveny a budeme se moci dítěti věnovat. Snažíme se těhotenství si „užít“. Technologie posledních let, jako ultrazvuk, mikrokamery, počítačové simulace nitroděložního vývoje, apod., umožňují nahlédnout mnohem konkrétněji a jasněji pod roušku tajemství dříve tolik nepřístupného a skrytého. Tato situace vede na jedné straně k větší intenzitě a jiné kvalitě prožívání těhotenství a na druhé straně také k větší intenzitě prožívání případné perinatální ztráty.

Na trhu lze nalézt řadu publikací, které se zabývají intrauterinním vývojem plodu, ať už s akcentem na fyziologické nebo psychologické aspekty tohoto procesu. Většina odborníků zaměřených na prenatální období se nicméně věnuje vývoji jednotlivých smyslů plodu, co a kdy je schopen vnímat a cítit, jeho možnostem a způsobům učení a tomu, jak jej matka může již v prenatálním období rozvíjet a zdokonalovat.

Fedor-Freybergh (2001) považuje těhotenství za jakýsi aktivní dialog mezi matkou a dítětem. Jedná se o velmi aktivní a vzájemně propojené procesy, probíhající na několika úrovních – psychologické, emoční, biochemické a psychoneuroendokrinní. Matky samotné nikdy o svém nenarozeném dítěti nehovoří jako o embryu nebo plodu, ale nazývají jej jménem, hovoří o něm jako o dítěti. Stává se součástí jejich života a jejich plánů. Těhotné ženy vykazují ke svým nenarozeným dětem vysoký stupeň senzitivity. Podle Fedor-Freybergha (2001) je dítě v tomto dialogu velmi aktivním partnerem a vzájemná vazba mezi matkou a dítětem má nejen biologický, ale také psychologický a sociální rozměr. Tento dialog se stává realitou, jakmile začne matka své nenarozené dítě vnímat nikoli jako „to“, ale „ty“ (Fedor-Freybergh, 2002).

Dialog mezi matkou a dítětem popisuje také Verny (1993), domnívá se, že matka zahajuje dialog na neurohumorální úrovni. Její mozek zachytí vnější podnět, který zpracuje na emoci a následně reaguje její endokrinní a vegetativní systém. Plod pak reaguje na chemické změny v těle matky. Jestliže je plod dlouhodobě vystaven negativním emocím matky, může to ovlivnit jeho biologický vývoj, vytváří se predispozice pro pozdější úzkosti. Dále popisuje také úroveň behaviorální (např. reakce na polohu matky nebo akustické či taktilní podněty) a emocionální (tzv. sympatická komunikace, projevy láskyplného očekávání ze strany matky) (Verny, 1993; Šulová, 2005).

Psychologickým fázím těhotenství se věnovala také Gloger-Tippelt (in Šulová, 2005). Po zjištění těhotenství následuje prvotní fáze nejistoty, která trvá zhruba do 12. gestačního týdne. Je otázkou, nakolik tato nejistota souvisí mimo jiné také s obecně vnímaným rizikem ztráty těhotenství v prvním trimestru. Posléze přichází další fáze, kdy se vytváří obraz dítěte „v hlavě“ matky. Tato fáze je charakteristická narůstáním touhy po dítěti a bývá završena konkrétním obrazem dítěte s pomocí ultrazvuku. Následuje tzv. konkretizační fáze, kdy se matka zaměřuje na dítě „v břiše“. Matka se setkává s pohyby dítěte, začíná sledovat jeho rytmus, konkrétní a osobité reakce na různé podněty. Gestačně zahájení této fáze odpovídá zhruba 20. týdnu těhotenství. S blížícím se porodem se matka začíná zaměřovat na „dítě v náručí“, představuje si dítě jako konkrétní bytost, je zde prostor pro fantazie matky, jak bude dítě vypadat, jak se bude chovat, co bude jeho péče vyžadovat a jak se změní život rodiny po jeho příchodu. Tato anticipační fáze se objevuje většinou kolem 30. týdne těhotenství (Šulová, 2005).

Těhotná žena samu sebe prožívá jako matku nezávisle na délce těhotenství. Anticipuje tuto sociální roli a identifikuje se s ní. S těhotenstvím se objevují jednak fantazie o dítěti jako osobnosti, která vstoupí během několika dalších měsíců do ženina života, žena ale také musí řešit sociální aspekty, jako je ukončování pracovních vazeb, finanční zajištění nastávajícího období, dochází ke změně v sociálních vazbách. Ženy, které jsou těhotné poprvé, v průběhu těhotenství prožívají změnu přátel, začínají se orientovat na přítelkyně, které již děti mají. Těhotenství a nastávající mateřství se často stává výrazným předmětem jejich zájmu a pozornosti, objevuje se potřeba sdílet tuto problematiku s jinými ženami, pro které je také prioritní. Případná perinatální ztráta tedy zahrnuje také tuto oblast. Žena truchlí jednak za dítětem, které cítila, nosila a vnímala spojení s ním, ale také oplakává společnou budoucnost, ztrátu toho, co si ve svých představách s dítětem spojovala a očekávala, ztrátu anticipované mateřské role. Naproti tomu společnost přisuzuje ženě roli matky až po porodu

dítěte, a proto bývá pro ženy s perinatální ztrátou bolestné společenské přehlížení tohoto aspektu.

3. Psychologická adaptace na ztrátu

Ztráta dítěte patří jednoznačně mezi nejnáročnější životní situace. Pokud se setkáme s takovou životní zápletkou, jsme vystaveni velkému stresu, jsme nuceni čelit ohromné životní výzvě, míra zátěže je v tuto chvíli obrovská. Z psychologického hlediska bychom mohli hovořit o krizové situaci. Proto se v následující části své práce budu věnovat podrobněji vymezení a charakteristice pojmu krize, její dynamice a zákonitostem, jejím dopadům. Pochopení toho, jak prožíváme krizi na emoční, tělesné, kognitivní i spirituální rovině, nám může pomoci porozumět prožívání jedince, který prochází takovou to náročnou životní situací. Toto porozumění pak umožní také vědomé a cílené používání nástrojů, kterými jakožto pomáhající můžeme jedince adekvátně a vhodně podpořit či pomoci. Podrobněji se zaměřím zejména na problematiku a specifika procesu truchlení, a to hned z několika pohledů, důraz budu klást v závěru této části na aspekty truchlení spojované právě s perinatální ztrátou.

3.1 Charakteristika krize

Náročné a zátěžové situace, ústící někdy až ke krizi, k lidskému životu nerozlučně patří. Všichni jsme se s nimi někdy setkali na vlastní kůži. Tyto situace obsahují také ale pozitivní potenciál, mohou se stát zdrojem osobnostního růstu a vést ke zrání osobnosti, ať už na individuální, partnerské či rodičovské rovině.

Krizi můžeme vnímat jako šanci k novému prožívání identity, novou dimenzi prožívání sebe sama, můžeme nalézt nové vzorce chování, snad i nový prožitek smyslu, vědomí, že jsem kompetentní nakládat se svým životem a nejsem jen vystaven působení vnějších nepříznivých podmínek. Objevit kladný potenciál krize můžeme, pokud jsme schopni vidět krizi jako životní situaci, v níž se odehrává něco důležitého, významného, vidět

možnost zásadní proměny. Záleží na nás, jak dokážeme navázat s krizí kontakt (Kastová, 2000).

„O krizi hovoříme tehdy, když se člověk ocitne v zatěžující nerovnováze mezi subjektivním významem problému a možnostmi zvládnutí, které má k dispozici. V krizi jedinec cítí ohrožení své identity, kompetence utvářet svůj vlastní život (Kastová, 2000, s. 15).“

Výraz krize pochází z řeckého výrazu krinein, což znamená oddělit, vybrat, volit a dále krisis, což značí rozhodnutí, rozsouzení, soud. Vymětal (2003) vymezuje s ohledem na tuto etymologii krizi jako rozhodující chvíli obratu, kdy dochází ke změně. Toto akcentuje právě potenciálně pozitivní náboj zátěžové situace, jakkoli je to v případě ztráty dítěte pohled obtížný a vyžadující osobnostní zralost člověka, jehož se dotýká. Krize je životní situace, přesahující obvyklý repertoár copingových strategií. Důležitým faktem je také subjektivita krize. Krize má subjektivní charakter, je definována samotným jedincem, který se v ní ocitá. Míra zátěže spojená s daným spouštěčem je u každého jedince jiná (Vymětal, 2003).

Krize má svou dynamiku, vznik, vývoj a řešení krize je proces, má určité zákonitosti a fáze, které na sebe navazují. Můžeme shrnout fáze krizového stavu tak, jak je definoval Caplan (Vodáčková, 2002).

- 1. Fáze: ohrožení.** V důsledku percipovaného ohrožení se objevuje zvýšená úzkost. Toto aktivizuje obvyklé copingové (vyrovnávací) strategie, v kontextu životní zkušenosti daného člověka. Pokud copingové strategie nepomáhají, nastupuje druhá fáze. Další fáze se objevuje v horizontu minut, hodin, maximálně několika málo dnů.
- 2. Fáze: zranitelnost a nedostatek kontroly nad situací.** Pocit nedostatku kontroly se objevuje v důsledku zmatku, neúčinnosti copingových mechanismů. Může se objevit ochromení nebo snaha vyrovnat se se situací náhodným způsobem. Pokud se řešení neobjevuje, v horizontu několika hodin až dnů člověk vstupuje do další fáze.
- 3. Fáze: predefinování krize.** V této části je člověk schopen konfrontovat se se svými pocity, přijmout rozhodnutí. A pokud jsou vyrovnávací prostředky (ať už staré, osvědčené, nebo nové) úspěšné, vrátit se na předkrizovou úroveň fungování. V této fázi lidé také nejčastěji vyhledávají odbornou pomoc a jsou jí nejpřístupnější.
- 4. Fáze: závažná psychologická dezintegrovánost.** Je zřejmé, že krize vyúsťuje negativně, objevují se kognitivní i emocionální změny. Úzkostné reakce, stavy

paniky, výrazně zúžené percepční pole (tunelové vidění). Odborná pomoc je v této fázi nezbytná, ne vždy je toto však člověkem s ohledem na intenzitu subjektivního prožívání utrpení.

(Vodáčková, 2002)

3.1.1 Ztráta jako krizová situace

Ztráta dítěte patří bezpochyby mezi mimořádně silné zátěžové situace. Pokud bychom se chtěli dívat na tuto problematiku optikou krizí, mohli bychom hovořit o krizi situační či traumatizující. Vodáčková (2002) o situační krizi hovoří jako o události, která je precipitována nepředvídatelným stresem, přičemž převládají vnější precipitory, jako je například ztráta a její hrozba, změna a její anticipace či nutnost volby. Neočekávaná ztráta dítěte by se dala zařadit také do kategorie krizí pramenících z náhlého traumatizujícího stresoru. Dle Vodáčkové (2002) je tento druh krize precipitován silnými vnějšími stresory, které člověk neočekává a nad nimiž nemá téměř žádnou kontrolu. Takováto událost může mít zdrcující, ochromující účinek (např. úmrtí blízké osoby, znásilnění, přírodní katastrofa, válečný stres apod.) (Vodáčková, 2002).

Kastová (2000) hovoří o tom, že ztráta blízké osoby vyvolává zcela mimořádnou krizi. V jednom okamžiku pohltí celou naši existenci, je otřesena naše vlastní identita. Člověk nechápe, jak sám sebe má nyní prožívat, a přestává rozumět světu okolo. V rámci procesu truchlení je člověk nucen opustit pospolitě, společné já, které vytvořil s milovanou osobou, vrátit se ke svému individuálnímu já a nově ho organizovat. Truchlení je proces, kterým se odpoutáváme od člověka, jehož jsme ztratili, a který nás opět přivádí k tomu, abychom žili svůj vlastní život. Během tohoto odpoutávání bychom však neměli přijít o to, co ve vztahu k zemřelému žilo a co by se mělo přenést dál do života. Kastová (2000) se dívá na truchlení jako na proces, který probíhá v základních rysech v obdobné formě u všech lidí. Domnívá se, že proces truchlení je jednou z nejzávažnějších krizí, ale také velkou šancí, příležitostí, jak porozumět lépe a nově sám sobě. Když se nám podaří tímto procesem dobře projít, máme možnost získat intenzivnější kontakt s vlastními emocemi, pocit kompetence, schopnost zvládat a překonávat krize (Kastová, 2000).

3.1.2 Syndrom psychického ohrožení

Pokud člověk uvízne v nevyřešené krizi, přičemž délku tohoto uvíznutí, míru a intenzitu stavu nelze zcela stanovit či objektivizovat, mohli bychom hovořit o stavu syndromu psychického ohrožení. Tento stav je možné chápat jako určitý předstupeň vytvoření systemizované symptomatologie, která vykazuje symptomy a svědčí o některém duševním nebo somatickém onemocnění, vzniklém v důsledku nadměrného působení stresoru. Jedinec je ohrožen jak v tělesné, tak v psychické jednotě, integritě. Objevuje se nezvladatelná úzkost, neúnosné pocity viny a výčitky svědomí, stud v souvislosti s nízkým sebehodnocením a rozkolísanou osobní integritou a zkreslení či omezení percepce skutečnosti (Vodáčková, 2002).

Vodáčková (2002), s odkazem na Ringela a presuicidiální syndrom, hovoří o tzv. dynamickém zúžení apercpece. Toto je v rámci presuicidiálního syndromu charakteristické zúžením prostoru, potlačovanou a proti vlastní osobě zaměřenou agresí a sebevražednými fantaziemi. Zúžení apercpece, tedy soustředění pozornosti na úzký paprsek vjemů, však nemusí provázet jen zmiňovaný presuicidiální syndrom. Může nastat mimo jiné také pod vlivem působení extrémní zátěže, stresu, kdy dochází k výraznému zúžení pozornosti, přičemž vnímání a vyhodnocování reality bude ovlivněno převládajícím typem obranného chování, které nemusí podléhat volní kontrole. Může se objevit (pro jedince obtížně odklonitelná) reakce jako:

- agresivní reakce (verbální, fyzická agrese),
- útekové chování,
- regresivní chování,
- panická reakce (extrémní úzkostná reakce, invaze chaosu a neschopnost vytvořit si opěrný bod pozornosti, zúžit percepční pole),
- derealizace.

(Vodáčková, 2002)

Tyto reakce jsou patrné také u žen zažívajících kontakt s traumatizujícím podnětem ztráty dítěte. Nejčastěji citovanou reakcí respondentek je derealizace – to se neděje mně, to nemůže být pravda, spletli se, nestalo se to. Běžně popisovaná je také panická reakce, kdy ženy popisují např. neschopnost se soustředit na myšlenku, tékání myšlenek, časovou distorzi a výrazný somatický doprovod. Může se objevovat také útekové chování – pacientka chce

např. odejít z porodnice. Výraznou plačtivou reakcí s omezenou schopností komunikace a porozumění, kterou některé respondentky popisovaly, by bylo možné zařadit do kategorie regresivního chování.

K prožívání krizové situace patří bezesporu také tělový aspekt jedince. Typické tělesné reakce na krizi jsou pocity změněné tělesné integrity (symptomy jako např. pocity napětí, bolesti a změny ve schopnosti cítit v různých částech těla, poruchy stability, atd.) (Lucká, 2002).

3.1.3 Psychická odolnost vůči krizi

„Psychická odolnost jedince vůči zátěži a krizi je výsledkem interakce mezi osobnostní výbavou (zejména emoční stability) a zdroji vnější jistoty (kvalitní domov, meziosobnostní vztahy, smysluplný život). Významná je i dřívější pozitivní zkušenost s analogickou situací. Pro člověka to bývají mnohdy zcela specifické situace, jež vedou k hodnocení a prožívání určité skutečnosti jako náročné a posléze krizové (Vymětal, 2003, s. 300).“

Jedním z důležitých prvků určujících, jak jedinec bude schopen čelit zátěžové situaci, je jeho komplexní charakteristika, tedy osobnostní výbava. V tomto směru je významná emoční stabilita jedince, ovlivněná zejména temperamentem. Emoční stabilita se výrazným způsobem podílí na průběhu a síle psychických dějů a také vitality. Je známo, že vitálnější děti, které na frustraci reagují spíše agresivitou, bývají zdravější, odolnější. Naopak méně vitální děti reagují na frustraci spíše strachem a úzkostí, popř. depresí. Člověk, který má k sobě samému pozitivní vztah, je autentický ve svém prožívání, je schopný reflektovat své potřeby a naplňovat je, bude schopen lépe čelit zátěžové situaci. Také člověk, který je autonomní, nezávislý na názorech ostatních, bude méně snadno narušitelný negativními podněty a zkušenostmi. Také funkční psychické obranné mechanismy zvyšují odolnost vůči zátěži. Člověk, který disponuje větším množstvím strategií pro řešení náročných situací a je schopen je pružně uplatňovat, bude v řešení krizových situací úspěšnější. Tedy je patrné, že vlastní zkušenost s méně náročnými situacemi kultivuje a rozvíjí schopnost člověka takovým situacím čelit a úspěšně je řešit. Dalším důležitým opěrným bodem je pevné rodinné zázemí. Místo s pevnými, neproblematickými interpersonálními vztahy skýtá jedinci oporu, pomoc a povzbuzení, přijetí a porozumění. Tyto faktory také napomáhají při zvládnutí extrémní zátěže.

Také jedinec, který má zkušenost s tvořivou, vnitřně obohacující činností, má možnost smysluplné aktivity, seberealizace, je odolnější v zátěži (Vymětal, 2003).

Ženy reagují na situaci perinatální ztráty rozdílně, v souladu se svou individuální životní zkušeností, osobnostní výbavou, temperamentem i podporou okolí. Ztráta dítěte je bezpochyby vždy extrémním podnětem. Způsob, jakým se s ní ženy vyrovnávají, a fakt, zda ji dokážou zdravě integrovat, to jsou již velmi rozdílné věci. U žen, které zažívaly nedostatek sociální podpory (ze strany partnera nebo rodiny, přátel) či negování nebo snižování významu ztráty ze strany společnosti, a jejichž copingové a obranné mechanismy vedou spíše k popření ztráty, mívají výrazné obtíže se zdravou integrací této zkušenosti. Je patrné, že i osobnostní výbava i vnější zdroje významně ovlivňují míru traumatickosti perinatální ztráty a také míru její integrace.

Vnímání míry zátěže je subjektivní. Co jednomu člověku vůbec nevádí, může na druhého působit jako extrémní zátěž. Aktuální odolnost v dané situaci zvyšuje také dřívější zkušenost s úspěšným překonáním analogické situace. Takováto pozitivní reflektovaná zkušenost může být důležitým zdrojem zvládnání náročných životních situací (Vymětal, 2003).

Zkušenost perinatální ztráty často vede k určitému emočnímu odstupu v případě dalšího těhotenství. Ženy chrání samy sebe před bolestí v případě eventuálního opakování takovéto zkušenosti. Nicméně jedním z nejvýraznějších podporujících momentů bývá sdílení zkušenosti v rámci setkání se ženou či skupinou žen, které prošly obdobnou zkušeností, což potvrzuje také tento výzkum. To, jak jiné ženy zvládly touto situací projít, to, že znovu otěhotněly a porodily zdravé dítě, bývá významným zdrojem naděje pro ženy v procesu truchlení. Zde by bylo možné hovořit o přenesené analogické pozitivně reflektované zkušenosti (Davisová, 1996; Douglas, Sussman, 2000).

3.2 Přirozené a maladadaptivní projevy krize

Při setkání s krizovou situací reagujeme specificky a individuálně v kontextu samotné události, ale také s ohledem na osobnostní nastavení a předchozí zkušenosti s funkčními obrannými mechanismy. Chci popsat přirozené a funkční reakce psychiky na extrémní zátěž

(jako např. akutní reakce na stres či coping) a věnovat se i maladaptivním projevům krize u člověka (PTSD a PAS).

3.2.1 Přírozené mechanismy chránící před psychickou i fyzickou bolestí

Vodáčková (2002) zmiňuje jako přírozené mechanismy chránící před bolestí psychickou i fyzickou procesy regrese, disociace a skotomizace (Vodáčková, 2002).

Účelem regrese v extrémních zátěžových situacích je návrat k osvědčeným starým vzorcům chování, které náleží k vývojově starším strukturám osobnosti. „*Novější vrstvy já jsou pak dočasně setřeny a dostupnější je chování z ranějších ontogenetických fází existence člověka (Vodáčková, 2002, s.47).*“

Disociaci lze chápat jako ochranný proces, kdy se pod tlakem neúnosných prožitků dva psychické procesy od sebe oddělí a probíhají nepropojeně (Vodáčková, 2002).

Pro disociaci je typické rozštěpené vědomí. Oběť traumatické události může v jejím průběhu oddělit část zážitku, aby minimalizovala dopad této události. Proces disociace zahrnuje částečnou nebo úplnou separaci části traumatického zážitku, jednak údaje, fakta či chronologickou posloupnost dění, a také fyziologické či psychické reakce na ně. Nejobvyklejší typ disociace jsou různé stupně amnézie. Později v životě jedince se mohou objevovat stejné reakce jako v průběhu traumatu. Jedinec může vlivem působení velkého stresu znečitlivět, ztratit kontakt s emocemi nebo např. ve stavech úzkosti může mít problém s vnímáním těla (Rothschild, 2007).

Skotomizace může způsobit, že v důsledku působení silných prožitků, které nelze integrovat, dochází k omezenému vnímání určitých částí percipovaného pole. Jedinec si např. nemůže vzpomenout přesně na danou událost, vzpomínky jsou buď nedostupné, zkreslené nebo kusé (Vodáčková, 2002).

3.2.2 Copingové strategie využitelné v krizi

Každý z nás disponuje celou řadou copingových (vyrovnávacích) strategií, se kterými máme zkušenost, pomohly nám se zvládnutím náročné situace. Je vhodné, aby se tento souhrn stal součástí inventáře nástrojů, které se naučíme vědomě používat v zátěžové situaci či krizi.

Patří sem např. schopnost zůstat autentický a být v kontaktu se svými pocity, schopnost ulevit si pláčem, hněvem. Být schopen orientovat se ve svých pocitech a respektovat pocity druhých. Pomáhá také sdílení v rámci mezilidských vztahů, sdělování vlastních pocitů a schopnost být u toho, když má tuto potřebu blízký člověk. Dobrý kontakt s tělem a kontakt s vlastními potřebami umožňuje jedinci včasné odhalení míry zátěže a naplněním vlastních opomíjených potřeb, což snižuje dopad traumatizující události.

Krizová situace nás někdy konfrontuje s limity vlastní únosnosti a napomáhá nám vymezit se tam, kde to dosud nebylo možné nebo uvědomované. Tedy nám v krizi napomáhá vědomí vlastních hranic a schopnost se vymezovat s ohledem na vlastní potřeby. Také pokud se dobře orientujeme v situaci, snižujeme tak negativní dopad této zátěže. Je tedy přirozenou potřebou, že se snažíme získat všechny dostupné informace o problematice. Dalším důležitým zdrojem bývají vlastní zkušenosti se zvládnutím obdobných zátěžových situací či zkušenosti, které učinili naši blízcí, či je můžeme dohledat v dostupných zdrojích. Pomáhají zkušenosti pozitivní, ale také strategie, které byly neefektivní v dané situaci. Důležitým zdrojem podpory může být také komunita, ve které se jedinec nachází a má podporující vliv. Společenské rituály (např. pohřeb, svatba, apod.) také pomáhají projít člověku náročnými situacemi, umožňují plynulejší přechod z jedné etapy do druhé, pomáhají se zorientovat ve společenské situaci a poradit si s ní. Také víra a naděje bývají důležitým zdrojem podpory v těžké situaci, mohou pomoci nacházet smysl těžkostí, které jedinec prožívá (Vodáčková, 2002).

3.2.3 Akutní reakce na stres

Ve velkém stresu se mohou stírat vyšší a zralejší vrstvy osobnosti a ke slovu přicházejí mechanismy na úrovni instinktů zajišťující přežití.

V souvislosti s extrémním podnětem (kam lze zařadit také úmrtí blízké osoby nebo dítěte) se i u osob bez jakékoli psychické poruchy mohou objevit specifické symptomy, které lze zahrnout do diagnostické kategorie akutní reakce na stres (F 43.0).

MKN 10 ji definuje jako přechodnou poruchu významné závažnosti, která vzniká u jedince bez jakékoli zjevné psychické poruchy jako odpověď na výjimečný duševní nebo fyzický stres a která obvykle odeznívá během několika hodin nebo dnů. *„Riziko rozvoje poruchy je větší, je-li též přítomno fyzické vyčerpání nebo organické faktory. Individuální vulnerabilita a schopnost zvládat stres ovlivňují výskyt a závažnost akutních reakcí na stres, což dosvědčuje to, že ne u všech exponovaných mimořádnému stresu se vyvine porucha. Symptomy vykazují velkou variabilitu, ale typicky zahrnují úvodní stav „ustrnutí“ se zúžením vědomí a pozornosti, neschopností chápat podněty a desorientaci. Na tento stav může dále navazovat další stažení se (odklon od situace a prostředí v rozsahu až dissociativního stuporu F44.2) nebo agitace a hyperaktivita (útěková reakce nebo fuga). Obvykle jsou přítomny vegetativní příznaky panické úzkosti (tachykardie, pocení, zčervenání). Symptomy se obvykle objeví během několika minut po dopadu stresujícího podnětu nebo události a mizí během 2-3 dnů (často během několika hodin). Na toto období může být částečná nebo úplná amnézie (F44.0).“* (MKN 10, 1992, s.132,133).

Akutní reakci na stres je možné vnímat jako jakýsi psychický otřes, normální reakci na nenormální situaci, ve které se jedinec ocitl. S ohledem na převažující typ vegetativní reakce lze rozlišit dva základní typy reakcí. Obranná reakce typu A, aktivní reakce, slouží k rychlé mobilizaci sil, aby se člověk mohl chránit aktivně (typ útok nebo útěk). Můžeme na kognitivní, emoční, behaviorální a tělesné úrovni pozorovat změny jako např.:

- svalové napětí,
- zrudnutí v obličeji i jinde,
- silné pocení, pocity horka,
- zrychlení fyziologických projevů (tep, dech, apod.),
- výrazná, proměnlivá mimika,
- psychomotorický neklid,
- neobyčejná síla, někdy s narušenou koordinací,
- výrazné emoce, výrazně projevované,
- nepřiléhavé, paradoxní emoce (např. smích v situaci ztráty),
- třes,
- agresivní projevy, také autoagresivní tendence,

- překotné tempo řeči, těkavý pohled, nesoustředěnost, zhoršená schopnost komunikace.

Méně častá je reakce typu B, pasivní, řízená parasympatikem, tzv. mrtvý brouk. Tato reakce je vývojově starší. Je dokonalou obranou proti vnímání podnětu, který nemůžeme integrovat. Její podobou je např. disociace, oddělení od duševních procesů, které normálně fungují ve vzájemné integraci. Jedinec se tak nevědomě chrání před přívalem silných negativních emocí. Typické reakce v takovém případě jsou:

- ztuhlost, strnulost, omezení pohybu, „zamrznutí“,
- nekoordinovaný, nemotorný pohyb,
- zblednutí,
- ledové ruce, nohy,
- zpomalení fyziologických procesů,
- studený pot, chvění se zimou,
- minimální mimika, maskovitý výraz, popř. „nejapný“ úsměv, rozšíření zornic,
- emoce nebývají pociťovány ani proječovány,
- snížení percepce těla,
- časová distorze, subjektivní prožívání času jako nekonečně dlouhého,
- derealizace, depersonalizace,
- výrazně snížená schopnost porozumět verbálním sdělením, neschopnost očního kontaktu,
- jedinec svým chováním (neprojevuje se, nedomáhá se) může budít dojem, že situaci prožívá „statečně“, „rozumně“.

(Lucká, 2002)

Pro adekvátní respektující přístup pomáhajících v situaci akutní krize je nutné porozumění prožívání a chování jedince krizí zasaženého. Stejně tak je tomu i v případě situace perinatální ztráty. Výše zmiňovaná symptomatologie odpovídá časově a situačně momentu sdělování informace o smrti dítěte, zažívání porodu/potrátu a situace bezprostředně po něm. V tomto momentě se zdravotníci u žen či jejich partnerů mohou setkat s podobným chováním. Může se objevit zmatenost a zkreslené vnímání, zhoršené komunikační a rozhodovací schopnosti, neschopnost porozumět svému chování a jeho důsledkům. Panika, vztek, předrážděnost či úzkost s odpovídajícím somatickým doprovodem, impulzivita

a iracionální útekové chování, záchvaty pláče a neschopnost spánku. Někdy se může objevit také disociační reakce, kdy žena nebo její partner mohou působit, jako že je jim nastalá situace lhostejná, neprojevují žádné emoce, nekomunikují a nebo se všemu bez dotazování a bez komentáře podřizují. Ženy často uvádějí, že měly pocit, jakoby se to nedělo jim, bylo to jako ve snu, nebyla to pravda. Ze strany poskytovatelů péče je nutné pochopení této „normální reakce na nenormální situaci“ a přizpůsobení se potřebám rodičů. Naopak nevhodná či neadekvátní reakce pomáhajících může zhoršit, zvýraznit, prohloubit či prodloužit projevy akutní reakce na stres.

3.2.4 Posttraumatická stresová porucha (PTSD)

„Vzniká jako zpožděná a (nebo) protrahovaná odezva na stresovou událost nebo situaci (krátce nebo dlouhotrvající) neobvykle hrozivého nebo katastrofického rázu.“
„Typickými příznaky jsou epizody opakovaného ožívání traumatu v dotírajících vzpomínkách (psychotické reminiscence) nebo ve snech, které se objevují na pozadí stálého pocitu „necitlivosti“ a emočního otupění, stranění se lidí, nereagování na okolí, anhedonie a vyhýbání se činnostem a situacím, které připomínají prožitá trauma.“
„Příznaky začínají po traumatu, po období latence, které může trvat od několika týdnů až do několika měsíců (ale jen zřídka víc než 6 měsíců).“ (MKN 10, 1992, s. 133, 134)

Naproti tomu Vodáčková (2002) uvádí, že se posttraumatická stresová reakce může objevit měsíce i roky po události, která ji vyvolala. Projevuje se změnami na úrovni fyzické, emocionální i sociální rovině. Ne vždy musí být jedincem nahlížena v souvislosti s traumatickou událostí, což může vést ke zmatku. Projevy posttraumatické stresové reakce:

- **Tendence ke znovuprožívání traumatického obsahu** – např. ve snech, v opakujících se myšlenkách souvisejících s událostí, v náhlých pocitech a projevech, jako by situace aktuálně znovu nastala (flashback), v intenzivní úzkosti v kontaktu s okolnostmi připomínajícími trauma.
- **Tendence vyhýbat se myšlenkám či pocitům spojeným s traumatem** – vyhýbání se místům či aktivitám, otupělost, amnézie či neschopnost vybavit si některé aspekty události, úbytek zájmu o dříve oblíbené činnosti, pocit oddělenosti od ostatních lidí,

citová oploštělost, přetrvávající derealizace či depersonalizace, neschopnost anticipovat pozitivní změny.

- **Přetrvávající projevy zvýšené dráždivosti** – psychomotorický neklid, nastraženost, nesoustředěnost, obtíže se spánkem, zvýšená bdělost, hněv a podrážděnost, zesílené úlekové reakce a fyziologická reaktivita na podněty připomínající trauma.

(Vodáčková, 2002)

Typickou součástí symptomatologie posttraumatické stresové poruchy bývají somatizace, kdy se neprožitá a nevyjádřená emoce mohou projevovat jako bolesti či tělesné obtíže, mohou být doprovázené také ještě neadekvátní únavou či narušením sexuálního života. Častými projevy bývají:

- bolesti kosterního svalstva (zejména nohou a zad),
- bolesti hlavy, sinusitidy, bolesti trojklanného nervu,
- bloudivé bolesti bez objektivního podkladu,
- obtíže v zažívacích cestách,
- potíže s dechem, stažení bránice,
- alergie, opary, opakované infekty,
- bolesti za sternem,
- bolesti či nepříjemné pocity v pánevní oblasti, gynekologické obtíže.

(Lucká, 2002)

Výzkumy zaměřené na sledování výskytu PTSD poukazují na možnou souvislost s neurohumorálním systémem jedince, respektive vegetativním nervstvem, které řídí vylučování některých hormonů. Lidé, u kterých došlo k rozvoji PTSD, mají nižší hladiny kortizolu, než lidé z kontrolní skupiny. Úkolem vyplavování kortizolu v rámci poplachové reakce je tlumení reakční pohotovosti a zastavení vyplavování adrenalinu a noradrenalinu (které naopak poplachovou reakci v organismu vyvolávají). Tímto se tělo vrací do rovnováhy po prožitém stresu. Absence nebo snížené vyplavování kortizolu způsobuje přetrvávající poplašnou reakci, typickou pro PTSD. Není však prozatím jasné, nakolik se jedná o čistě biologický proces a nakolik jsou ve hře i jiné vjemy, např. v limbickém systému (Rothschild, 2007).

„Posttraumatická stresová porucha se může objevit jako následek komplikovaného a bolestivého porodu, porodu předčasného nebo pokud došlo k úmrtí dítěte. Ale i u zdánlivě neproblematického porodu. V poporodním období nebo v následujícím těhotenství se projevuje PTSD dotírajícími vzpomínkami a sny, ztrátou pozitivních emocí, vyhubým chováním a zvýšenou psychickou a tělesnou vzrušivostí. Výzkum prokázal, že ženy s již existující PTSD měly častější mimoděložní těhotenství, spontánní potraty, nadměrné zvracení, předčasné kontrakce a nadměrný fetální růst (Ratislavová, 2008, s.42).“

3.2.5 Postabortivní syndrom (PAS)

V některých pramenech je možné nalézt informace o postabortivním (PAS) nebo také postinterrupčním syndromu (PIS). Je popisován jako specifická forma posttraumatické stresové poruchy. Cílovou skupinou této výzkumné práce jsou ženy s perinatální ztrátou ve druhé a třetí třetině těhotenství a nikoli ženy po umělém přerušení těhotenství. Nicméně mohou se vyskytnout případy, kdy se v rámci prenatalního screeningu objeví závažné problémy ať už na straně dítěte či matky, a těhotná žena čelí nutnosti se rozhodnout, zda podstoupit přerušení těhotenství, jakkoli se jednalo o plánované či chtěné těhotenství. Z tohoto důvodu se v této části práce věnuji i problematice PAS. Některé uváděné specifické symptomy PAS jsou navíc často patrné také u žen po spontánním potratu nebo porodu mrtvého dítěte.

„Postabortivní syndrom je stresová reakce, kterou některé ženy prožívají po potratu. Nástup této reakce může nastat kdykoli od okamžiku zákroku až do několika dalších let. Podobně jako PTSD je PAS způsoben neschopností ženy vyjadřovat své pocity, které se vážou k jejímu těhotenství a potratu. Navíc se žena není schopná vyrovnat se svou ztrátou a dosáhnout vnitřního pokoje.“ (Freedová, Salazarová, 2008, s.17)

Postabortivní syndrom se týká žen, které podstoupily umělé přerušení těhotenství. Pokud žena v této situaci nečelí svým emocím a netruchlí nad ztrátou, je ohrožena rozvojem syndromu PAS. Freedová a Salazarová (2008) uvádějí, že více jsou tímto syndromem ohroženy ženy mladistvé, ženy, které ještě nemají děti, ženy, které absolvovaly potrat ve druhé třetině těhotenství, ženy, jež cítí, že byly k potratu přinuceny okolnostmi a ženy,

pro které potrat znamená konflikt hodnot. Freedová a Salazarová (2008) rozlišují jednak obecné symptomy, související s PTSD, a specifické symptomy PAS .

Obecné symptomy PTSD a PAS:

- zneužívání alkoholu nebo drog (za účelem útlumu bolestných emocí nebo úniku z reality),
- zlost (nespecifická nebo zaměřená na osoby, které byly do události nějak zapojeny),
- úzkost (nespecifická, popř. záchvaty paniky, pocit, že nemám věci pod kontrolou),
- krátké psychotické příhody (ztráta kontaktu s realitou v trvání max. několika dní),
- popření, potlačení,
- deprese,
- negativní pojetí sebe sama,
- narušení vztahů (narůstající neschopnost fungovat v osobních či společenských vztazích s přáteli či rodinou),
- pocit bezradnosti a bezmoci,
- zármutek,
- pocity viny, výčitky svědomí,
- izolace, tendence pobývat o samotě víc než obvykle,
- noční můry, problémy se spánkem,
- psychická otupělost (snížená schopnost prožívat emoce),
- lítostivost,
- sebevražedné myšlenky nebo činy.

Specifické symptomy PAS:

- výroční syndrom (nárůst nebo znovuobjevení se symptomů kolem výročí potratu nebo data předpokládaného porodu),
- strach z neplodnosti,
- vyhýbavé chování (vyhýbání se osobám nebo situacím, které mohou spustit emoce spojené s potratem, jako např. těhotným, malým dítětem, vaginálnímu vyšetření atp.),

- poruchy příjmu potravy (tloustnutí nebo naopak extrémní hubnutí jako vyjadřování nenávisti k sobě samé),
- neschopnost vytvořit pouta k vlastním dětem,
- přílišné zaujetí myšlenkou na nové otěhotnění, což by mělo nahradit potrácené dítě,
- psychosexuální poruchy,
- náhlý nekontrolovatelný pláč.

(Freedová, Salazarová, 2008)

Ratislavová (2008) sledovala studie, zabývající se tímto syndromem, a v posledních letech byl tento syndrom zpochybňován. Autorka však uvádí, že existují okolnosti či faktory, které mohou ovlivnit psychologické reakce žen na interrupci. Jedná se o tyto skupiny zranitelných žen:

- ženy s anamnézou psychiatrické nemoci nebo vážného emočního konfliktu,
- ženy s nezralými interpersonálními vztahy, nestabilním, konfliktním vztahem s partnerem,
- ženy s negativním vztahem k matce,
- silná ambivalence, nejistota a bezmoc ve vztahu k interrupci,
- religiózní nebo kulturní pozadí s negativními postoji k interrupci,
- svobodné ženy, bezdětné ženy.

(Ratislavová, 2008, s. 35)

Nejčastěji udávanými negativními pocity po interrupci jsou deprese, lítost, hněv, anxieta, pocity viny, hanba a strach z vyzrazení. Ratislavová (2008) hovoří o tom, že tyto pocity odrážejí vnitřní pocit ztráty nebo sociálního nesouhlasu. Výraznější negativní prožívání interrupce je patrné u žen, které podstoupily interrupci z lékařské nebo psychologické indikace. Nicméně jako převládající pocit je uváděn pocit úlevy. Psychický stav žen bývá horší před interrupcí než po ní. Negativní pocity bývají lépe snášeny ženami, které mají možnost ventilovat své pocity, sdílet je, hovořit o své situaci a očekávají celkově dobré přizpůsobení se situaci po potratu (Ratislavová, 2008).

3.3 Truchlení

„Truchlení a s ním spojený smutek je prožitkem a stavem, který nastává, jestliže u jedince došlo ke ztrátě něčeho (nebo někoho), co pro něho představuje vysokou hodnotu, případně nastane ohrožení jeho sebepojetí (Vymětal, 2003, s.245).“

V této etapě se oddělujeme od člověka, jehož jsme ztratili, a docházíme k další nové možnosti, jak žít svůj život dál, bez něj. Truchlení je přirozená reakce, kterou potřebujeme, abychom se dokázali se ztrátou vyrovnat. Její podstatou je smíření a přijetí. Jedinec je schopen zkušenost ztráty integrovat, překlenout se přes ni, být schopen žít dál svůj život a přitom nepřerušit kontakt se svým prožíváním ohledně této zkušenosti. Tento proces není zaměřen primárně na „léčení“, ale na přijetí, kdy vhodnou formou intervence je psychologická podpora. Jedinec tímto procesem prochází nejen při mezní ztrátě (při úmrtí blízkého člověka), ale při ztrátách parciálních (např. ztráta smyslového orgánu, amputace, atp.). Neméně významné jsou ztráty na úrovni sociálních vztahů a společenského uplatnění (rozchody, rozvody, ztráta očekávané sociální role), kdy také k duševní krizi dochází (Vymětal, 2003).

Součástí truchlení bývá také fáze akutního žalu, která je typická symptomy akutní reakce na stres. Patří sem např. depresivní ladění, nespavost, zvýšená dráždivost, nechutenství, špatná soustředěnost a vtíravé myšlenky na to, o co jsme přišli. Jedinec musí tímto stavem projít, protrpět se jím, aby dosáhl smíření, přijetí nové skutečnosti. *„Během truchlení se mění rovnováha mezi emoční a kognitivní stránkou tohoto procesu – nejdříve převládá negativní prožívání, posléze se stále více prosazuje myšlení, které hodnotí a činí závěry pro budoucnost (Vymětal, 2003, s. 246).“*

V dalších odstavcích bych se chtěla blíže podívat na truchlení jako proces, jeho jednotlivé fáze či souvislosti a nabídnout hned několik pohledů na tuto problematiku.

3.3.1 Jednotlivé fáze truchlení dle Kübler - Rossové

Elisabeth Kübler – Rossová (1992), lékařka thanatoložka, která zasvětila svůj život výzkumu procesu umírání, popsala jednotlivé fáze umírání. Těmito fázemi prochází nemocný

od chvíle, kdy je mu sdělena život ohrožující diagnóza. Tyto fáze autorka sama později aplikuje také na prožívání blízkých lidí pacienta, jejich reakci na diagnózu milovaného člověka a na jejich proces vyrovnávání se s jeho možnou, později reálnou ztrátou.

1. **Fáze: Popření a izolace.** Bezprostřední, prudká, šoková reakce na zjištění život ohrožující choroby. Člověk nemůže uvěřit, že je to skutečně pravda, není schopen přijímat a třídit informace. Často se stává, že se domnívá, že jde o omyl, to nejsem já, komu se to děje. Po odeznění šoku následuje stadium popření nemoci, člověk přijímá informace selektivně (některé informace „neslyší“, tvrdí, že mu je nikdo nepodal, přestože se to stalo).
2. **Fáze: Zlost.** Objevení se silných, někdy těžko ovladatelných emocí, v popředí se zlostí a hněvem, člověk se zlobí na celý svět okolo. Objevuje se také zmatek a mohou se vynořovat i pocity viny.
3. **Fáze: Smlouvání.** Období přehodnocování postoje, člověk smlouvá o čas. Přemýšlí, jak naplnit čas, co mu ještě zbývá, co by chtěl ještě stihnout.
4. **Fáze: Deprese.** Nemocný jedinec je plně konfrontován s faktem, že umírá. Přichází hluboký smutek nad ztrátou nových možností, další budoucnosti.
5. **Fáze: Smíření nebo rezignace.** Závěrečná fáze, přijetí role umírajícího. Může se objevit stav vnitřního míru, klidu a vyrovnanosti. Může ale nastat i rezignace a beznaděj.

(Kübler Ross, 1992, Havránková, 2002)

3.3.2 Fáze truchlení dle Kastové

Dr. Verena Kastová je profesorkou psychologie a zabývá se analytickou psychologií. Řadu let je jednou z předních představitelk právě psychoanalytického přístupu na švýcarském i mezinárodním poli. V knize *Krize a tvořivý přístup k ní* je možné nalézt její psychodynamický přístup, ale také je patrné, jak je pro autorku navázání empatického vztahu s klientem prvním krokem ke změně a tedy zásadním a nejdůležitějším východiskem z krize. Tento dobrý vztah je pro ni následně nejdůležitějším faktorem psychoterapie. Psychodynamický pohled na krizi je patrný zejména v popisu psychoterapeutického procesu a jeho zaměření. Kastová uvádí, že v hlubinně orientované terapii jde o střet a vyrovnání

vědomého a nevědomého. Popisuje terapeutický přístup zaměřený na obrany a přístup zaměřený na konflikty, přičemž v rámci krizové intervence jednoznačně doporučuje u člověka v krizi pracovat na posílení jáského komplexu, zaměření na mechanismy zvládnání, tedy postup zaměřený na obrany. Autorka také dobře reflektuje a popisuje protipřenosové procesy u terapeutů, což může být nápomocné pro vlastní reflexi pocitů, prožívání a následného porozumění vlastní dynamice u pomáhajících osob včetně zdravotníků.

Kastová (2000) se ve své práci věnované krizi zabývala přímo fázemi truchlení. Popisuje je takto:

- 1. Fáze popření – „to přece nemůže být pravda“.** Jedinec ztrácí schopnost vnímat, pociťovat, prožívat, objevuje se strnulost. Je potřeba žít a fungovat dál, jako by smrt nenastala.
- 2. Fáze propukání chaotických emocí.** Objevuje se bolest, úzkost, strach, hněv, radost, pocity viny nebo hledání viníka. Psychomotorický neklid, poruchy spánku a zvýšená náchylnost k infekcím. Tento emoční chaos je třeba vydržet a vyjádřit.
- 3. Fáze hledání, nalézání a odpoutávání.** „Nejsem schopen myslet na nic jiného než na zemřelého...“. Jedinec se pokouší nalézt zesnulého ve snech, fantaziích, na fotografiích, na jeho oblíbených místech, ve vyprávění. Dochází k obnovování a reflektování původního vztahu a vytváření nového vztahu k zemřelému, v nové kvalitě. Pozůstalý postupně nachází, co předal zemřelému, co může zastat sám (odvolat, co se delegovalo). Dívat se na to, co měl na zesnulém rád a co nenáviděl a co z toho je současně mou vlastností (stažení projekcí). Co pro něj zemřelý představoval, co v něm samém zemřelý probudil k životu a co tedy zůstává, přetrvává a neodchází spolu s ním. Zemřelý se stává vnitřním průvodcem, kdy se životní možnosti, dané vztahem s ním, stávají vlastními možnostmi pozůstalého. V této fázi vzpomínání vystupují také eventuelní vztahové problémy a akceptují se, dochází ke smíření.
- 4. Fáze nového vztahu k sobě a ke světu.** Fáze, kdy se ztráta jedincem akceptuje. Je možné vzdát se bolesti a je možné vstupovat do jiných vztahů. Skutečnost, že jedinec opětovně překonává bolestné pocity, lze vnímat jako důkaz, že je možné zase připustit vzpomínky na vztah, na problémy i na šťastné chvíle. Nové vztahy jsou prožívány v napětí mezi touhou se jim oddat, aby člověk nic nepropásl, a přáním raději si nic nezačínat, aby jedinec nebyl znovu vystaven procesu truchlení.

(Kastová, 2000)

Možné problémy během těchto fází:

Proces truchlení se vůbec nenastartuje nebo se vydává nesprávným směrem.

- **Problémy ve fázi popření.**
 - Jedinec žije dál, jakoby se nic nestalo.
 - Ztráta se odštěpí, nastává prázdnota.
 - Snaha zármutku se vyhýbat.

Pokud člověk uvízne v následujících fázích, znamená to pro něj chronické truchlení.

- **Problémy ve fázi propukajících chaotických emocí.**
 - Neakceptované pocity emočního chaosu se potlačí a na místo toho se objevuje hněv a pocity viny.
 - Emoční bouře jsou akceptovány jen na začátku truchlení (ať už pozůstalým nebo jeho okolím).
- **Problémy ve fázi hledání, nalézání a odpoutání.**
 - Hledání sebe samého se stává příliš intenzivním, stává se samo o sobě cílem, aby se člověk vyhnul nutnosti odpoutat se od zemřelého.
 - Ztráta není jedincem akceptována.
 - Na místo zemřelého nastupuje bolest.
- **Problémy ve fázi nového vztahu k sobě a světu.**
 - Příliš málo se bere v úvahu „komplex opouštění“.
 - Málo se pamatuje na to, že truchlení je proces, který je možné opětovně vyvolat.

(Kastová, 2000)

„Kdo dobře projde procesem truchlení, setká se sám se sebou, lépe si porozumí. Zůstává potom v intenzivnějším kontaktu se svými emocemi, otevírají se mu nové možnosti k utváření vztahů a s vědomím zvládnuté krize přichází i nová síla (Havránková, 2002, s. 312).“

3.3.3 Překonávání ztráty dle Moodyho a Arcangelové

Dr. Raymond Moody je americký psychiatr, který se již od roku 1965 dlouhodobě věnuje výzkumu fenoménu blízkosti smrti (NDE near-death-experience). Sleduje a studuje zážitky lidí, kteří tuto zkušenost mají, kteří prošli zážitkem klinické smrti. Věnuje se otázce, zda vědomí může přesahovat fyzický mozek a tělo. Ve svých knihách nabízí mnoho zkušeností a zážitků svých klientů, které mapuje s vědeckou zacíleností. Sama si na jeho práci velmi cením právě této vědecké přesnosti a popisnosti, a zejména faktu, že nevyvozuje žádné závěry ani obecně platné teorie. V knize *Život po ztrátě* se spolu s Dianne Arcangelovou věnuje problematice truchlení. Díky své práci se autoři dostali do kontaktu s mnoha lidmi, kteří aktuálně prožívali ztrátu blízkého. Jejich zkušenost, o které píší, je taková, že nejlepším způsobem, jak se vyrovnat a vypořádat s bolestnými citovými zážitky zármutku a ztráty, není je ignorovat, ale naopak se jim plně otevřít a projít skrze ně. Ve své knize popisují nejrůznější stavy, situace a přístupy, se kterými se lidé prožívající ztrátu mohou setkat. Takový vyčerpávající popis symptomatologie a prožitků může být nápomocný jednak lidem, právě procházejícím procesem truchlení, kdy může pomoci normalizovat jejich vlastní prožívání, ale kniha je také jistě určena odborníkům, kteří s takovými lidmi pracují, protože nabízí velmi ucelený a podrobný obraz tohoto procesu a nevyhýbá se žádnému aspektu, včetně spirituálního.

Moody a Arcangelová (2005) se dívají období truchlení jako na příležitost, kdy se může změnit kvalita našeho života po ztrátě blízkého člověka. Pozůstali mají možnost svůj život po ztrátě obnovit nebo přerodit, tedy zvýšit jeho kvalitu, dostat se dál. Pro znázornění tohoto procesu používají tzv. křivku žalu.

Osobnost je v průběhu života v podstatě stabilní, naše představy a názory se sice mění, ale naše základní hodnoty a přesvědčení zůstávají stejné. Když dojde ke ztrátě, smrti blízkého člověka, naruší se tato linie života osobnosti pozůstalého, dojde zde ke změně. Dostane se do období přechodu, které by podle Moodyho a Arcangelové (2005) mělo trvat čtyři až šest let.

V průběhu truchlení se osobnost posouvá. Na začátku jedinec čelí pocitům žalu, uvažuje o něm, rozumově hodnotí, nebo jej také začne proměňovat v hněv, zatrpkllost, popírání, atd. Křivka žalu se propadá stále níž až do středního bodu žalu, do tzv. údolí žalu. Čím víc pozůstalý dává průchod svým pocitům, tím více narůstají a právě ve středním, nejnižším bodu, dosahuje cesta truchlení své maximální hloubky. Za středním bodem se

křivka žalu začíná opět zvedat, osobnost se posouvá pomalu do fáze dokončení. Některé představy a názory pozůstalého se mění, často i značně. Život po ztrátě je přebudován, křivka žalu se vrací do původní úrovně. Přichází období stabilizace osobnosti. Průměrnou dobu tohoto procesu autoři uvádějí jako čtyři až šest let, někdo však projde tímto procesem v průběhu jednoho roku, někomu to trvá deset let. Hlavní přechod je ukončen, pozůstalý se vrátí do stavu normálnosti, jeho osobnost je do značné míry na podobné úrovni jako před ztrátou, život je přebudován (Moody, Arcangelová, 2005).

Zatímco většina pozůstalých časem přebuduje nebo obnoví svůj život, u některých dojde k přerodu. Moody a Arcangelová (2005) chápou přerod jako duchovní znovuzrození. Přerod vyžaduje, aby člověk sestoupil až do nejhlubšího údolí žalu, což někteří pozůstalí nejsou ochotni nebo schopni udělat. Ti, kteří přerodu dosáhnou, uchovávají si některé aspekty svého dřívějšího já a přitom je jejich osobnost přerodem natrvalo ovlivněna. Hodnotový žebříček, přesvědčení a ideály bývají osvícenější, jejich model světa se obohatil, nacházejí nový, kvalitnější stav bytí. Lidé, kteří překonají hlubiny své bolesti, začínají pociťovat, že se povznesli nad své dřívější já, jsou silnější a laskavější a více si cení života.

Komplikací u některých pozůstalých může být zamrznutí, utkvění v žalu. Zahořknou a normální stav pro ně znamená, že zůstanou vězet v zoufalství a hněvu, zatrpklosti či smutku. Tito pozůstalí mohou postrádat duchovní podporu, smysl života či schopnost přizpůsobení, strach jim může nahánět jejich vlastní smrtelnost a trpí protrahovaným stresem (Moody, Arcangelová, 2005).

„Smrt draze milovaného člověka změní pozůstalého natrvalo. Každý z nás rozhoduje sám o tom, čím se stane, tím, že si vytvoří osobní, individuální model truchlení (Moody, Arcangelová, 2005, s. 166).“

3.3.4 Úkoly v procesu truchlení dle Wordena

William Worden je americký psycholog, působící v rámci své klinické praxe i výzkumu v oblasti psychologie zdraví. Speciálně se zaměřuje na život ohrožující chování a život ohrožující onemocnění. Vedl výzkumné projekty týkající se témat sebevražd, péče o umírající, smrti a onkopsychologie. Jeho terapeutické metody staví na Gestalt psychoterapeutickém přístupu, což se odráží na jeho pohledu na proces truchlení (který se

snaží vidět spíše jako úkoly, aktivitu, kterou musí jednotlivec vyvinout, aby mohl dát tomuto procesu dobrý tvar). Jeho monografie *Grief counseling and grief therapy* nabízí velmi podrobný a ucelený pohled na problematiku truchlení, proto jsem jí v této části práce věnovala obsáhlejší samostatný prostor.

Někteří autoři se dívají na trauma a truchlení jako na stejnou věc. Worden (2009) rozlišuje trauma bez úmrtí, kde jsou patrné symptomy akutní reakce na stres (intruze, hyperarousal, vyhybavé chování) či posttraumatické stresové poruchy bez toho, že došlo k úmrtí blízké osoby, truchlení bez traumatu (úmrtí blízké osoby, kdy pozůstalý nevykazuje žádné symptomy traumatizace) a situace, kdy lidé utrpěli ztrátu blízké osoby a v této souvislosti vykazují známky traumatického prožívání. Často se jedná o situace, kdy došlo k násilné smrti blízké osoby nebo jedinec sám o sobě ve své historii zažil v souvislosti se smrtí nějaké náročné situace, které jej v tomto ohledu více zcitlivují.

Worden (2009) akcentuje individualitu každého procesu truchlení, některé aspekty procesu mohou být stejné u všech lidí, jiné se vyskytují jen u některých. Definuje normální smutek jako tzv. smutek nekomplikovaný, který zahrnuje soubor chování a pocitů, které jsou obvyklé, běžné v situaci ztráty. Pokud tento proces přináší pozůstalému těžkosti, které ho přivedou až k potřebě odborné pomoci, preferuje termín komplikovaný smutek.

Worden (2009) rozlišuje zármutek (grief - pocity po ztrátě, osobní zkušenost jedince se ztrátou) a truchlení (mourning - proces, který následuje po ztrátě). Budeme-li se dívat na truchlení jako na proces, můžeme sledovat určité etapy, fáze a úkoly. Lidé často neprocházejí všemi etapami postupně, může se stát, že nějakou vynechají, přeskočí či se opakovaně do některé fáze vrací. Worden (2009) v tomto místě zmiňuje etapy dle Kübler - Rossové a souhlasí, že se tyto její fáze dají dobře použít také na popis procesu truchlení. Podobně zmiňuje také stadia truchlení, jak je zpracovali jiní autoři, např. Parkes. První stádium je období ochromení, jež následuje bezprostředně po ztrátě. Toto ochromení pomáhá jedinci alespoň na krátký čas nemyslet na ztrátu. Následuje stádium toužení po ztracené osobě, pozůstalý nechce myslet na definitivnost ztráty, objevuje se také hněv. Poté přichází třetí stádium, zoufalství a rozklad, kdy má jedinec obtíže i s běžným fungováním. Následuje poslední, čtvrté stádium, kdy si pozůstalý začíná dávat svůj život opět do pořádku a objevuje se nové, přebudované chování. Etapy či stadia však mohou být dle Wordena (2009) nejasně ohraničené, mohou se různě překrývat. Koncept etap také může působit dojmem, že jím truchlící lidé jen pasivně procházejí.

Proto Worden (2009) přichází s jiným pohledem – konceptem úkolů, který je přístupem více aktivním, kdy jedinec sám musí něco zvládnout, může sám něco dělat, což s sebou přináší naději a také určitou ovlivnitelnost celého procesu, ať už přístupem pozůstalého či intervencemi zvenčí. Worden (2009) vytyčil 4 základní úkoly – přijmout ztrátu jako skutečnost, prožít bolest ze ztráty, přizpůsobit se skutečnosti a prostředí, kde zemřelý již není, ukončit vztah se zemřelým a vložit energii do nových činností a vztahů.

Jednotlivé úkoly:

- 1. ÚKOL: Přijmout realitu ztráty (to accept the reality of the loss).** Prvním úkolem v procesu truchlení je plně čelit realitě ztráty, faktu, že milovaná osoba je mrtvá, není tu a již se nevrátí. Protikladem přijetí je popření, situace, kdy se jedinci nedaří tomuto úkolu dobře čelit. Popření může proběhnout na několika úrovních a může mít mnoho podob. Míra popření může variovat mezi mírným zkreslením až bludy. Jedním z příkladů je tzv. mumifikace, určitá konzervace podmínek, kdy se pozůstalý chová, jakoby se zemřelý mohl ještě vrátit. U rodičů, kteří přišli o své dítě, toto mívá podobu zakonzervování dětského pokoje, nechávají věci ležet tak, jak je dítě opustilo či jak do nich mělo přijít. Toto Worden (2009) vnímá jako normální, pokud se tak v děje v období krátce po smrti dítěte, nikoli však po mnoho následujících let. Jako mírné zkreslení popisuje situaci, kdy si pozůstalý myslí, že se zemřelý např. vtělil nebo vtělí do některého z jeho dalších dětí. Tento způsob myšlení sice může trochu mírnit dopady ztráty, nicméně v konečném důsledku brání jejímu plnému přijetí. Jinou cestou popření je popírání emocionální významnosti ztráty. Může mít např. podobu postoje – „stejně nebyl dobrým otcem...“, „vlastně jsme si nebyli blízcí... ani mi nebude chybět...“ atd. Protikladem mumifikace je také rychlé zbavení se všech věcí, které by zemřelého mohly připomínat. Zachování si některých předmětů či památek, které nám zemřelého připomínají, Worden (2009) považuje za normální a zdravé. Plné přijetí, akceptace ztráty se děje jednak na rozumové úrovni, ale zejména na úrovni emocionální. Přijetí na rozumové, intelektuální úrovni se obvykle děje mnohem rychleji a snáze, než na úrovni emocionální. Truchlícím rodičům někdy trvá mnoho měsíců, než jsou schopni vyslovit, že jejich dítě je mrtvé a oni ho již nikdy nebudou držet v náručí. K plnému uvědomění ztráty mohou dopomoci tradiční rituály jako např. pohřeb. Plnému přijetí napomáhá také, pokud pozůstalí mohou vidět tělo zemřelého.

2. **ÚKOL: Zpracování bolesti zármutku (to process the pain of grief).** Bolest v této souvislosti dle Wordena (2009) zahrnuje fyzickou (tělovou), emocionální i behaviorální složku, tedy může se manifestovat různě, např. skrze fyzické symptomy nebo nenormální formy chování. Lze předpokládat, že jakákoli aktivita, která zabraňuje nebo potlačuje prožívání bolesti u pozůstalého, ve skutečnosti v konečném důsledku prodlužuje nebo komplikuje proces truchlení. Lidé mohou prožívat bolest v různé intenzitě, nicméně určitá míra bolesti k této situaci prostě patří a je normální. V této fázi může jedinec narážet na nepřijetí jeho pocitů bolesti okolím. Postoj okolí může být vyjádřen např. konstatováními typu „nepotřebuješ už truchlit, jenom se lituješ“, „jsi mladá, budeš mít ještě kupu dětí“. Tyto věty, jakkoli pronášené ve snaze pomoci a podpořit, mohou však u truchlícího spíše podpořit mechanismus popření, než odžití bolesti. Někdy se pozůstalý sám snaží o opírání bolesti, vyhýbání se jí či myšlenkám na ni ve snaze otupit bolest a uniknout jí. Někdy se lidé uchylují také např. k cestování, unikání bolesti ve fyzické podobě v domnění, že je to časem přejde. Krajiní situací je abúzus alkoholu nebo návykových látek. Zkušenost autora je taková, že u pozůstalých, kteří se prožití bolesti vyhýbají, je později větší incidence depresivních stavů. Nejčastější emoce spojované s truchlením jsou smutek a dysforie. Ale patří sem také úzkost, hněv, vina, pocity opuštění. Všechny tyto emoce jsou normální a je třeba dát jim průchod.
3. **ÚKOL: Přizpůsobení se světu bez zemřelého (to adjust to a world without the deceased).** Worden (2009) popisuje 3 oblasti přizpůsobení, vnější, vnitřní a spirituální.
- a. **Vnější přizpůsobení (external adjustment).** Záleží na druhu vztahu se zemřelým, jakou roli v životě pozůstalého hrál. Pozůstalý se dívá se na to, kde všude zemřelý chybí, jak, přebírá některé role a práce, věci které zajišťoval zemřelý. Objevuje se většinou 3-4 měsíce po ztrátě.
 - b. **Vnitřní přizpůsobení (internal adjustment).** Jak smrt blízkého ovlivní u pozůstalého vnímání sebe sama, jeho sebepojetí, sebeúctu (self-esteem), sebeúčinnost (self-efficacy). Někdy, když si lidé budují identitu skrze vztahy, péči o druhé, mohou pak ztrátu blízkého člověka vnímat jako ztrátu části sebe sama. Mohou se objevit myšlenky jako „nikdo mne bude milovat jako on“, „já už nikdy nenajdu místo, kam bych patřil“ atd. Ztráta může u pozůstalého ovlivnit pocit, nakolik je schopen ovlivňovat vnější

podmínky, pak se může cítit bezmocný, neschopný, nepoužitelný. Pozůstalý zde musí čelit potřebě dívat se na sebe jinak, klást si otázku, kým skutečně je, sám za sebe, ne skrze vztah s někým jiným, což může být obtížné, ale přináší to nové strategie a způsoby, jak se naučit vyrovnávat se se světem okolo.

- c. **Spirituální přizpůsobení (spiritual adjustment).** Změna pojetí světa, jeho smyslu. Pozůstalému se mohou měnit jeho hodnoty, filozofický pohled na svět, může mít pocit, že ztratil v životě směřování. Worden (2009) popisuje 3 základní předpoklady o světě, které bývají často po smrti blízkého otřeseny: „svět je vlídné místo“, „svět dává smysl“, „já mám pro svět hodnotu“. Když je smrt očekávaná, souvisí se stářím a nemocí, zapadá do běhu života, dává smysl. Naproti tomu když se jedná o smrt malého dítěte, smrt neočekávanou, tragickou anebo násilnou, častěji jsou pozůstalí vystaveni takovému výzvam v souvislosti s vnímáním smyslu světa.

4. **ÚKOL: Najít trvalé spojení se zesnulým v novém životě (to find an enduring connection with the deceased in the midst of embarking on a new life).** Najít způsob, jak může být pozůstalý spojen se zesnulým tak, aby zároveň mohl pokračovat ve svém životě. Pozůstalý potřebuje najít způsob, jak uchovat vzpomínky na blízkého, jak s ním zůstat v kontaktu a přitom žít dál. Výzkumy týkající se rodičovského vztahu, kde zemře dítě nebo rodič, ukazují, že v tomto případě pozůstalý (ať už rodič nebo dítě) v drtivé většině potřebuje nějakou formu trvalejšího a dlouhodobého spojení se zesnulým (např. „cítím svoje dítě stále ve své blízkosti“, „moje dítě je nyní malým andělem, který mne sleduje z nebe“). Pokud se pozůstalému tento úkol nedaří naplnit, jde, nejlépe vyjádřeno, o jakési ne-žití. Život pozůstalého se po ztrátě zastaví, zamrzne a nepokračuje, minulé vazby se zemřelým stále trvají. Pro některé lidi je těžké, nemožné si představit život dál bez zemřelého. Mohou se obávat vstupovat do dalších vztahů, aby nebyli opětovně vystaveni ztrátě tohoto vztahu. Tento úkol je pro řadu lidí těžké naplnit, ale je velmi důležitý.

Worden (2009) hovoří o tom, že jednotlivé úkoly nejsou fixní, jejich pořadí se může měnit nebo být naplněny společně, jedinec se k nim může opakovaně vracet. Je to proces, který má svou vlastní dynamiku. Hovoří také o určitých mediátorech, faktorech, které ovlivňují průběh truchlení. Zde uvádím jejich přehled:

- 1. Co zemřelý znamenal, kým pro pozůstalého byl (who the person who died was).**
- 2. Povaha vazby (the nature of the attachment).** Tento faktor sleduje sílu a povahu vazby (intenzita truchlení roste s intenzitou lásky ve vztahu), jakou míru bezpečí vztah se zemřelým zajišťoval (pozůstalý se pak necítí ve světě bezpečně), přítomnost ambivalence ve vztahu (s mírou ambivalence roste i míra komplikací, např. pocitů viny), přítomnost konfliktu se zemřelým, míra konfliktnosti ve vztahu, závislostní vztahy (pozůstalý se pak cítí neschopen, nekompetentní v životě bez zemřelého).
- 3. Způsob smrti (how the person died).** Také způsob a okolnosti smrti mají vliv na to, jak pozůstalý bude procházet procesem truchlení. Obecně lze říci, že náhlost a neočekávanost smrti, násilná či traumatická smrt, vícečetná ztráta, nejasná smrt (např. není nalezeno tělo), stigmatizovaná smrt (např. sebevražda) mohou proces truchlení komplikovat. Častěji se objevují pocity viny, obtíže s vnímáním světa jako bezpečného a vlídného místa, častější výskyt PTSD, apod.
- 4. Předchozí zkušenost (historical antecedents).** Okolnosti, zda již má pozůstalý zkušenost se ztrátou, s jakým typem ztráty a zejména, jak se mu podařilo situaci zvládnout, ovlivňují významně proces truchlení. Také zkušenost s tématem v rámci rodiny, případná nevyřešená nebo tabuizovaná témata v souvislosti se ztrátou mají na průběh procesu vliv. V neposlední řadě sem patří také psychická onemocnění v anamnéze pozůstalého.
- 5. Osobnostní proměnné (personality variables).** Např. věk a pohlaví. Muži a ženy mají, vzhledem k rozdílné socializaci, i rozdílný přístup k danému tématu. Výzkumy ukazují, že mužům a ženám pomáhají různé typy intervencí. Mužům pomáhají víc intervence, které umožňují vyjádření emocí, ženám naproti tomu intervence zaměřené na řešení problémů. Vliv mají také copingové mechanismy, které pozůstalý užívá, kognitivní styl (optimisti situaci mohou vnímat více jako výzvu, zaměřují se snadněji na to dobré), síla ega (self-esteem a self-efficacy), hodnoty a postoje osobnosti.
- 6. Sociální proměnné (social variables).** Truchlení je sociální fenomén, potřeba sdílet zármutek s blízkými je důležitá. Vhodná a adekvátní emoční a sociální podpora může v procesu truchlení pomoci. Sociální okolí pozůstalého často poskytuje adekvátní podporu v době kolem události a brzy po ní, v době 6 měsíců po smrti už však nebývá emoční ani sociální podpora ideální, pozůstalý se setkává s doporučeními, aby se přes událost již přenesl, soustředil se na živé atd. Důležité je subjektivní vnímání pozůstalého, jak poskytovanou emocionální i sociální podporu vnímá, to, co pomáhá, se může lišit. Pomocným faktorem může být množství sociálních rolí, do nichž je

pozůstalý zapojen, je-li jich dostatek, lépe se se ztrátou vyrovnává. Také společenské či náboženské zvyklosti a očekávání, rituály, které nás provázejí procesem truchlení, mohou významně pomoci projít obdobím truchlení.

- 7. Souběžný stres (concurrent stresses).** Další doprovodné změny a krize, které ztrátu mohou provázet, také přispívají k horší adaptaci na ni. Některé jsou však nevyhnutelné, jako např. finanční komplikace při ovdovění apod.

Worden (2009) zdůrazňuje, že je důležité dívat se na téma procesu truchlení v celé šíři. Stává se, že někteří výzkumníci se soustředí jen na některé faktory a jiné přehlíží, což může mást a negativně zkreslovat výsledky výzkumu. Proces truchlení je determinován mnoha faktory, na což bychom neměli zapomínat ani ve výzkumu, ani v klinické praxi.

Kdy proces truchlení končí? Worden (2009) uvažuje, že tehdy, jsou-li všechny úkoly úspěšně zakončeny. Což může zahrnovat velmi rozdílné doby trvání, někteří autoři uvádějí jen 4 měsíce, někteří autoři tvrdí, že truchlení de facto nekončí nikdy. U blízkého vztahu je podle Wordena (2009) běžná doba trvání jeden až dva roky. Jedním ze signálů ukončenosti procesu truchlení je fakt, že pozůstalý myslí na zemřelého bez přítomnosti bolesti. Jsou přítomné stopy smutku, ne však zahlcující, zaplavující bolest, silný či excesivní pláč, tíže na prsou, apod. Existují samozřejmě i lidé, kteří nikdy proces truchlení nedokončí. Signálem dobré adaptace či integrace ztráty je období, kdy pozůstalý cítí zase naději, zájem o život kolem, adaptuje se na nové role apod. Zemřelého však vnímá jako součást své historie.

Normální proces truchlení může být také komplikován některými faktory či okolnostmi. Patří sem např. osobnostní faktory (jak se jedinec obvykle vyrovnává se stresem), okolností smrti zemřelého. Sociální faktory, jestliže se o ztrátě nemluví (je to společensky nepřijatelné nebo nevhodné, např. sebevražda), pokud se okolí tváří, že se to nestalo, že ztráta není tak vážná nebo o ní neví (potrat, zejména interrupce), je-li absence sítě sociální podpory, není-li možné osobně sdílet truchlení s ostatními, kterých se ztráta týká.

Worden (2009) formuluje také kriteria pro komplikované truchlení. Jedná se o chronické smutkové reakce (protrahovaný smutek, kdy pozůstalý subjektivně vnímá neukončenost procesu i po 2–5 letech), oddálené smutkové reakce (potlačená nebo odložená reakce, přichází až po nějaké době a bývá nepřiměřená, excesivní, často souvisí s nedostatkem sociální podpory v době ztráty, nebo je v době ztráty reakce natolik zaplavující, že ji pozůstalý potlačí, typická bývá vždy velká intenzita oddálené smutkové reakce), přehnané smutkové reakce (pozůstalý vnímá svoje symptomy jako spojené se ztrátou, sám reakci

reflektuje jako silnou a hledá odbornou pomoc; patří sem např. rozvoj deprese, úzkosti, fobie kolem smrti, PTSD, alkoholový abúzus ve spojení se ztrátou, apod.), skryté smutkové reakce (pozůstalý nespojuje své symptomy, prožívání nebo chování se ztrátou; někdy se smutková reakce projevuje jinak, např. somatizací nebo maladaptivním chováním) (Worden, 2009).

3.3.5 Aspekty procesu truchlení dle Davisové

Deborah Davisová je americká vývojová psychologka, která se zaměřuje primárně na podporu rodičů v krizi, a to zejména v případech úmrtí dítěte, předčasného porodu a nutnosti rozhodování rodičů o dalším lékařském postupu, vedoucím k možné smrti dítěte. Zabývá se také tématy lékařské etiky, prenatální péče v souvislosti s prožíváním zármutku a tematikou perinatálního hospice, nového přístupu k těhotným ženám, jejichž dítě má diagnózu neslučitelnou se životem. Její práce je velmi úzce zaměřená a přináší proto mimořádně komplexní a cenný vhled do problematiky právě perinatální ztráty.

Davisová (1996) se ve své knize *Empty cradle, broken heart* zaměřuje přímo na situaci perinatální ztráty a jejích specifík. Smrt dítěte vnímá jako devastující ztrátu. Znamená to konec všech nadějí, snů, fantazií a představ, spojených s dítětem a rodinným životem s ním, společné budoucnosti. Rodiče potřebují projít procesem truchlení, jakkoli se mohlo jednat i o těhotenství neplánované či nechtěné, je jedno, zda miminko se narodilo mrtvé, či žilo minuty, dny nebo i rok. Smutek zahrnuje množství myšlenek a emocí. Většina lidí nezažije takovou zkušenost, nezažije dopady takovéto ztráty na vlastní kůži. Rodiče bývají zaplaveni velkým množstvím pocitů, mohou mít pocit ztráty kontroly nad svým životem, mohou mít obavy o své duševní zdraví. Pocity se navíc mohou nepředvídatelně měnit den ode dne, hodinu od hodiny. Davisová (1996) rodičům radí, že v tomto náročném a rozporuplném procesu truchlení pro zemřelé miminko jim může pomoci, když budou vědět, co mohou očekávat, jak tuto skutečnost prožívali jiní, stejně nešťastní rodiče. Rodiče pak mohou vnímat svoje prožívání jako oprávněné, adekvátní, mohou se pak cítit méně izolováni a více schopni se se svým smutkem vypořádat.

Bolest ze ztráty miminka je specifická a úplně jiná než bolest ze ztráty manžela či manželky, rodičů, staršího dítěte nebo jiného milovaného člověka. Je mnoho faktorů, které mohou to, jak prožíváme tento zármutek, ovlivnit, ale vyrovnat se se smrtí miminka je

obzvláště těžké. Smrt miminka můžeme vnímat jako porušení přirozeného řádu života. Mnozí rodiče jsou zdrceni zjištěním, že jejich děti mohou zemřít dřív než oni. Vždyť je to tak nespravedlivé, že děti, a miminka obzvláště, mohou umřít, aniž by dostaly možnost vyrůst a prožít plný život. Jiným rodičům může taková zkušenost zpochybnit pohled na život, na přírodu nebo celý vesmír. To, čemu dosud věřili, je otřeseno v samém základu. Smířit se se smrtí miminka je obzvláště těžké, protože čas, který s ním rodiče strávili, byl tak krátký. Rodiče se mohou cítit podvedeni, okradeni o možnost dozvědět se, jaké by dítě bylo, jaký by byl život s ním. Rodiče s dítětem ztrácejí část sebe, své budoucnosti, kterou s ním spojovali a plánovali.

Když zemře miminko, mohou se rodiče cítit za to, co se stalo, zodpovědní. Tyto intenzivní pocity vyplývají z přirozené a biologické potřeby své děti chránit, protože miminka jsou tak zranitelná a bezmocná. I když rodiče nemohli nijak ovlivnit problémy jejich miminka, mohou mít pocit, že selhali, pochybovat o sobě a cítit se vinni. Pokud měli rodiče potíže s početím, v těhotenství či při porodu, vyskytly-li se u miminka vrozené vady, existuje-li možnost, že se podobné problémy budou opakovat nebo pokud se rodičům dosud zdravé dítě nenarodilo, mohou tyto pocity vnímat o to silněji. Pocity viny mohou být navíc umocněny, pokud rodiče museli o pokračování těhotenství nebo o podstoupení agresivního lékařského zásahu sami rozhodnout.

Matky mívají tendenci připisovat hlavní díl viny sobě. Pocit, že selhaly jako ženy, nenávidět své tělo za to, že je zradilo, anebo trpět výčitkami, že samy nějak ke kritické situaci dítěte přispěly. Mohou být smutné a rozčilené při pohledu na ženy, které nedbají na zdravou životosprávu a správné návyky v průběhu těhotenství, a přesto se jim narodí zdravé miminko. Všechny tyto pocity jsou normální a pramení z přesvědčení, že rodiče měli být schopni své miminko ochránit.

Davisová (1996) je přesvědčena o tom, že neexistuje správný nebo špatný způsob truchlení a že délka tohoto procesu nemá žádné časové omezení, jedná se o individuální proces, dva různí lidé nikdy netruchlí stejným způsobem a stejně silně. Různé pocity vyplouvají na povrch v různou dobu. Tedy je důležité nezapomínat na to, že každý z rodičů truchlí jinak. V tomto ohledu se doporučuje otevřená komunikace, která pomáhá pochopit, podpořit a utěšit jeden druhého nebo sdíleci svépomocné nebo odborně vedené skupiny.

Truchlení je zcela konkrétní syndrom, který zahrnuje výrazné bolestné pocity a projevy. Psychologické symptomy truchlení:

- neustálé zaobírání se myšlenkami na toho, kdo zemřel

- podrážděnost
- neklid
- úzkost
- strach
- touha po tom, co bylo
- beznaděj
- zmatek

Fyzické symptomy a projevy:

- dýchavičnost
- stažené hrdlo
- únava
- vzdychání
- záchvaty pláče
- pocit prázdnoty v břiše
- ospalost
- změny chuti k jídlu
- palpitace a jiné projevy úzkosti

(Davisová, 1996)

Tyto symptomy se mohou projevovat ve vlnách a trvat několik minut nebo i déle než hodinu. Davisová (1996) uvádí, že během těchto akutních stavů je důležité zastavit se a věnovat svému smutku čas, dokud rodiče nebudou schopni činnost, kterou zrovna dělali, dokončit s náležitou pozorností. Citové vypětí, úzkost a zoufalství mohou vést i ke změnám osobnosti. Pečlivý člověk se může stát nedbalým, společenský člověk se může začít lidí stranit, klidný člověk se může stát vznětlivým. Navíc k výše zmíněným symptomům si mnozí rodiče stěžují také na další nepříjemné pocity. Davisová (1996) zmiňuje pocit prázdných rukou, bolest v celých pažích a klamné iluze, že rodiče své miminko viděli, slyšeli nebo cítili jeho přítomnost. Tyto silné symptomy se mohou v průběhu několika měsíců stupňovat, dosáhnout vrcholu a v průběhu dalších měsíců mohou mít několik dalších různých vrcholů.

Často okolí od truchlících rodičů očekává, že se se ztrátou vyrovnají během několika týdnů nebo měsíců a „budou zase jako dřív“. Davisová (1996) však hovoří o tom, že truchlení je proces zotavování s otevřeným, neurčitelným koncem. Rodiče sice postupně začnou znovu

fungovat, ale mnozí potvrzují, že „zase jako dřív“ může trvat i několik let. Někteří z nich považují „zase jako dřív“ za nereálný cíl, mají pocit, že tato zkušenost je změnila navždy. Mnoho rodičů přirovnává proces truchlení k jízdě na horské dráze. Truchlení má jen vzácně předvídatelný a hladký průběh završený nějakým jasným a konečným cílem. Také Davisová (1996) zmiňuje fáze jako je období vyhýbání se druhým, protestu, konfrontace, rezignace, změn a návratu (Davisová, 1996).

3.3.6 Rozdílnost prožívání truchlení u otce a matky dítěte

Asi pětina až třetina těhotenství končí potratem. Rodiče potřebují hlavně podporu rodiny a přátel, často se jedná o sociálně negovanou, popíranou ztrátu. Pozornost bývá zaměřena zejména na ženino zdraví, na možnost dalšího těhotenství, často se pomíjí, že se vlastně jedná o ztrátu dítěte. Velkým tématem bývá také pocit viny, který se u žen objevuje, a často se pak hněv obrací v první řadě vůči ní samé. Zejména pokud se jedná o první těhotenství, nebo u žen, které mívají s otěhotněním obtíž či se věnovaly přednostně kariéře (pak mohou mít pocit, že daná situace je pro ně trestem za to, že děti odkládaly). Muži se častěji orientují na další případné těhotenství, což ženě moc nepomáhá. Oba rodiče potřebují otevřeně a upřímně hovořit o svých pocitech. Studie ukazují, že v případě potratu truchlí oba rodiče, a obecně lze říci, že délka těhotenství ovlivňuje míru truchlení zejména u otců. Smutek u obou rodičů je zaměřen na ztrátu snu a očekávané budoucnosti. Ženy bývají více spjaty s dítětem, ale v dnešní době díky technologii ultrazvuku mohou mít dobře navázaný kontakt s dítětem oba rodiče. Vzhledem k tomu, že i potrat je ztráta milovaného člověka, měl by proces truchlení proběhnout. Worden (2009) uvádí, že někteří rodiče sdělovali, že jim pomohlo vidět, případně chovat své dítě, aby se mohli smířit s realitou této ztráty, přijmout to jako smrt a rozloučit se s dítětem. Rodiče potřebují také sdílení, ale rodina a přátelé často nevědí, jak o této zkušenosti mluvit, často se uchylují k prohlášením typu: „jste mladí, budete mít ještě další děti“ apod., což mohou truchlící rodiče vnímat jako zlehčování či znevažování ztráty. Worden (2009) také doporučuje sdělit starším sourozencům, co se stalo, umožnit jim truchlit a podpořit je v tomto procesu. Autor také zmiňuje doporučené rituály, které napomáhají celému procesu – pojmenovat dítě, vykonat vzpomínkový rituál se zapálenou svíčkou nebo zasazením stromu. Formulovat naděje a sny o dítěti do slov, napsat mu dopis či báseň (Worden, 2009).

Ratislavová (2008) se snažila podívat se také na specifika procesu truchlení tak, jak jej zažívají otcové. Jejich role je specifická, bývají často používáni jako prostředníci mezi matkou a zdravotnickým personálem. Mají také sdělovat a interpretovat informace zbytku rodiny a blízkým. Často se otcové také snaží chránit matku od dalších negativních prožitků, což může být někdy kontraproduktivní. Navíc leží na otci řada organizačních záležitostí, povinnosti doma, pracovní závazky. Často tato situace vede k tomu, že se muži stáhnou, truchlení potlačují, odkládají, zahrnují se úkoly, unikají do pracovních povinností. Jestliže však otec sám nahlédne a porozumí tomu, že se jedná o jeho odpověď na ztrátu, propojí se se svými pocity a může pak ze své uzavřenosti vyjít ven. Je vhodné, pokud muži mohou mluvit a sdílet svou zkušenost s jinými muži, kteří prošli podobnou situací. Dochází zde také ke konfliktům rolí:

- role silného muže (buď odvážný, chlapi nepláčou, nebuď slaboch, apod.)
- role muže ochránce (pocity selhání, že neochránil dítě, že není schopen uchránit zbytek rodiny před žalem)
- role soběstačného muže (nemožnost připustit si vlastní kolaps, tedy nemožnost kontaktu s vlastními emocemi)
- role muže zajistitele (zajistit rodinu finančně, často vlivem emoční zátěže roztěkanost a snížená pracovní výkonnost, opětovné pocity selhávání)

(Ratislavová, 2008)

Je třeba brát ohled na fakt, že proces truchlení probíhá u rodičovského páru rozdílně. Ať již v tempu, intenzitě či podobě. Některé způsoby muže mohou být ženou interpretovány tak, že netruchlí dostatečně nebo že např. ženě připisuje vinu na události. Mohou se objevovat problémy ve vztazích, vznikají partnerské i sexuální problémy, vše se může navíc komplikovat, pokud partneři nejsou zvyklí vzájemně své pocity sdílet (Enkin, 1998).

Tomuto tématu se věnuje také Davisová (1996) a konstatuje, že většina párů zaznamenává, že smrt jejich miminka má dopad na jejich vzájemný vztah. Některé to sblíží a prožívají svůj žal společně. Postupně se dozvídají více o své citlivosti a síle a jejich důvěrnost a vzájemná opora se může i prohloubit. Naproti tomu jiné páry to může rozdělit a uchylují se pak k vzájemnému obviňování, nepochopení a neadekvátnímu hněvu. Pro některé se taková tragédie stane katalyzátorem, který už dříve problematický vztah definitivně ukončí.

Autorka popisuje různé situace ve vztahu, kdy partneři mohou kolísat mezi stavy důvěrnosti a izolace. Společné čelení tragédii může pomoci objevovat nové způsoby, čím si mohou partneři navzájem být. Zátěž truchlení ale může také vést k tomu, že se rodiče cítí tak bezmocní, že je těžké být druhému oporou. Různé emoce, které s truchlením souvisejí, jako hněv nebo deprese, situaci rozhodně neulehčují. Často se stává, že rodiče truchlí velmi různým způsobem, v takovém případě je těžké vcítit se do druhého a přijmout jeho pocity. Rodiče bývají často vyděšeni zjištěním, že truchlí rozdílně. Ale rozdílné způsoby prožívání vyplývají z normálních odchylek v osobnosti, socializaci, filozofii, způsobu, jakým se vyrovnáváme s obtížnými situacemi, a v případě žen také z poporodních hormonálních změn (Davisová, 1996).

Matky a otcové také truchlí rozdílně, protože jejich pouto k miminku obvykle bývá rozdílné. Během těhotenství matka obvykle cítí s miminkem užší spojení. Otec vnímá miminko až do chvíle narození mnohem abstraktněji. Obzvláště když miminko zemře v raném těhotenství, otec obvykle cítí mnohem menší pouto než matka. V průběhu těhotenství může otec vidět, jak miminko roste, cítit jeho pohyby, ale otcovské pouto se prohlubuje zejména po narození dítěte. Proto je pro otce a matky těžké cítit s miminkem stejně silné spojení. Nicméně vzhledem k tomu, že jsou muži a ženy společností vnímáni odlišně, i kdyby cítili k miminku stejné pouto, je v pořádku a naprosto přirozené, že jejich způsob prožívání truchlení bude odlišný. Od žen se obecně očekává, že budou spíše emocionálně otevřenější, zatímco od mužů je očekáváno, že budou silní a neemocionální. Ačkoli to není pravidlem, Davisová (1996) popisuje nejčastější scénář takto: Matka více pláče a zabývá se vzpomínkami na miminko a otec potlačuje svůj smutek a snaží se spíše zaměstnat se prací či uniká do jiné aktivity. Matka to může vnímat tak, že ho to nezajímá a že na miminko zapomněl. Otcova domnělá lhostejnost v ní vyvolává hněv a cítí se pak ve svém smutku osamělá. Otec se obává, že žena se přes svůj smutek nikdy nepřenese, může ho to děsit. Je netrpělivý a naléhá na ni, aby už se sebrala a život se zase dostal do normálních kolejí. Dalším častým scénářem je, když oba partneři truchlí střídavě. Kdyby se zhroutili oba, neměl by kdo udržet ostatní věci v chodu. Je třeba starat se o obživu, vydělávat peníze, nakupovat jídlo a starat se o další děti. Když jeden z rodičů prožívá obzvláště těžké chvíle, druhý často odsune svůj smutek stranou. Davisová (1996) uvádí, že páry se mohou střídát ob den, jindy po týdnech nebo po měsících. Jiné páry se v truchlení vystřídají až rok poté, co miminko zemřelo (Davisová, 1996).

Stejně jako se rodiče často střídají v truchlení, mohou se střídát také v jiných emocích - hněvu, úzkostech nebo depresích. Může to vypadat, jako by partnerský vztah unesl jen

určitou dávku emocí, takže když jeden partner prožívá něco příliš intenzivně, druhý se to snaží nějak potlačit. Davisová (1996) doporučuje, aby si v rámci páru rodiče dovolili mít své pocity a dovolili si, aby mohly být odlišné od těch partnerových, a přitom se vzájemně neodsuzovali. Není třeba partnerovy pocity sdílet, není třeba jim pokaždé rozumět, partnerovy reakce mohou druhého rodiče dokonce i naštvat nebo zklamat. Rodiče by se měli oprostit od představ a fantazií o tom, jaké pocity by měli mít, jakým způsobem by měli truchlit, jak by tento proces měl probíhat nebo jak dlouho by měl trvat. Neexistuje správný ani špatný způsob truchlení a každý truchlíme jinak. Důležité je, aby rodiče našli to, co je správné pro ně samotné. Partneři by měli vzájemně přijmout své mlčení i slzy, aniž by jeden druhého odsuzovali nebo obviňovali, vytvoří se tak prostor pro komunikaci, která nebude partnery děsit. Zároveň tímto rodiče mohou poskytnout jeden druhému oporu a pochopení, které jsou tolik potřebné k hojení ran a k posílení vzájemného vztahu (Davisová, 1996).

4. Psychosociální intervence

4.1 Charakteristika a vymezení psychosociální intervence

Psychosociální intervenci lze definovat jako odbornou činnost, vykonávanou se záměrem snížení utrpení a zvýšení kvality života jedince nebo skupiny. Jde o obor s rozsáhlou oblastí uplatnění psychologických postupů, aplikovaný v kontextu širší sociální zkušenosti, v součinnosti s odborníky zejména oboru sociální práce. Zahrnuje práci na zdokonalování psychologických a sociálních kompetencí jedince, učí nové strategie chování a jednání v praktických oblastech života jedince a podporuje žádoucí změnu ať už intrapsychickou nebo v sociálních aspektech.

„Klinická definice psychosociální intervence a psychosociální rehabilitace nabízená Světovou zdravotnickou organizací: jedná se o proces, který jedincům, kteří jsou oslabeni, zneschopněni nebo znevýhodněni svým duševním stavem, nabízí možnost dosáhnout optimálního stupně nezávislého fungování ve společnosti (Hoskovcová, 2009, s. 9).“

Hoskovcová (2009) uvádí, že v praxi se psychosociální intervence soustředí především na sociální aspekt pomoci. Osobně mne nejvíce oslovil pohled na základní východisko

psychosociální intervence jako na „člověka v situaci“. Tento pohled implikuje jednak člověka jako individualitu, jednak sociální aspekty situace a také jejich vzájemnou interakci a ovlivňování. Podle mého názoru tento jednoduchý, ale výstižný model dobře charakterizuje nutnost celostního pohledu na ženu v situaci perinatální ztráty, a přitom akcentuje subjektivitu prožívání této zátěže. Cíl i forma intervence se formuluje v součinnosti s klientem a s ohledem na jedinečnost jeho situace a její prožívání.

Mezi základní strategie psychosociální intervence lze uvést:

- poskytování psychologických nebo lékařských služeb (např. krizová intervence, poradenství, terapeutická pomoc, apod.),
- poskytování informací o problému a metodách jeho zvládnání,
- nabízení sociálních aktivit, které mohou napomoci vyjádření emocí či myšlenek (např. také debriefing, defusing aj.),
- povzbuzování a vytváření podmínek k přirozenému rozvoji jedince,
- rozvoj interpersonálních dovedností,
- posilování existujících sociálních sítí v komunitě, posilování vzájemné pomoci (např. také svépomocné skupiny),
- zvyšování kompetencí profesionálů v psychologických dovednostech,
- poskytování praktické a materiální pomoci.

(Hoskovicová, 2009)

Dohnalová a Pavlíková (2011) ve svém článku *Psychosociální podpora předčasně porodivších žen po úmrtí novorozence*, věnovaném právě psychosociální intervenci u rodičů po předčasném porodu a porodu mrtvého dítěte, uvádějí, že v současné době není u nás k dispozici žádný metodicky propracovaný podpůrný systém pomoci pro rodiče v takového situaci. Zdravotnický personál zpravidla neví, jak se k matce či rodičům chovat, nezná způsob, jak při této tragédii nejlépe emocionálně či prakticky pomoci. Tato nevědomost pak může vést k tomu, že se zdravotníci uchylují ke strategiím, které podpůrné rozhodně nejsou, ale naopak mohou rodiče retraumatizovat (Dohnalová, Pavlíková, 2011).

4.2 Krizová intervence

Vzhledem k tomu, že bazální charakteristikou perinatální ztráty je její extrémní zátěžovost a míra stresu s ní spojená, chtěla bych se při modelovém popisu případné psychosociální pomoci inspirovat v postupech emergentní odborné intervence - krizové intervence, případně psychoterapeutické péče.

„Krizová intervence je odborná metoda práce s klientem v situaci, kterou osobně prožívá jako zátěžovou, nepříznivou, ohrožující. Krizová intervence pomáhá zpřehlednit a strukturovat klientovo prožívání a zastavit ohrožující či jiné kontraproduktivní tendence v jeho chování (Vodáčková, 2002, s.60).“

„Cílem krizové intervence jako souboru technik a strategií je pomoci klientovi zvládnout sebe v dané situaci (Baštecká, 2005, s.168).“

Důležitým záměrem krizové intervence je tedy stabilizace klienta, zabránění dalšímu zhoršování krizového stavu či suicidiálnímu jednání, podpořit a poskytnout bezpečný rámec a mobilizovat klientovy vlastní zdroje a kompetence (Hoskovcová, 2009).

Kastová (2000) v souvislosti s charakteristikou krizové intervence uvádí, že pro nás bývá důležité prožívání vlastního života jako něčeho, co jsme schopni formovat, ovlivňovat, a je-li tato kompetence krizí ohrožena, reagujeme ochromením, úzkostí, která provází každou dezintegraci obvyklého a každé nové uspořádání. Snažíme se opět získat kontrolu nad svým životem, a pokud staré a osvědčené strategie nepomáhají, snažíme se nalézat nové. Když se ani toto nedaří a úzkost přetrvává nebo se zvyšuje, měla by nastoupit nějaká forma krizové intervence. Intervence v tomto smyslu znamená, že mezi jednice a jeho krizi vstupuje prostředník, což umožní získat jedinci větší odstup a způsobí, že bude moci se svou krizí navázat kontakt a uvidět její potenciál. Úzkost a zúžení percepce dávají krizi vlastní zákonitost, krize člověka pohltí. Nový problém navíc aktualizuje podobné dřívější konflikty a problémy a aktualizuje také jejich emoční doprovod. V rámci krizové intervence je tedy žádoucí umožnit jedinci odstup od krize, pomoci mu, aby byl schopen podívat se na ni jinak, vědoměji, bez paniky, umožnit uvidět nová řešení problému, jinými slovy rozšířit percepční zúžení (Kastová, 2000).

Cílem krizové intervence v těchto případech by měla být především podpora ve vyjadřování emocí, usnadnění komunikace, mobilizace individuálních copingových strategií a případné nasměrování na adekvátní, vhodnou a dostupnou odbornou pomoc.

4.3 Psychosociální intervence v případě perinatální ztráty

Aby byla intervence účinná, je třeba ji nabídnout v pravou chvíli, ve chvíli zvýšené otevřenosti jedince v krizi vůči intervencím a pomoci zvenčí. Jakmile akutní krize odezní, motivace a připravenost k přijetí pomoci se u klienta zmenšuje. Z toho plyne jasný požadavek rodičům v situaci úmrtí dítěte psychosociální pomoc aktivně nabízet (Dohnalová, Pavlíková, 2011).

Je tedy patrné, že zdravotnický personál, který je poskytovatelem péče rodičům v akutní fázi propuknutí krize, je důležitým a troufám si říci zásadním článkem, který může rodičům pomoci přijmout realitu ztráty a nastartovat adekvátním způsobem proces truchlení. Na jedné straně tedy můžeme hledat vhodné způsoby, jak podporovat truchlící rodiče, na straně druhé se zde objevuje potřeba vzdělávání zdravotnického personálu. Protože porozumění tomu, co rodiče v takové chvíli prožívají, je základním a prvním krokem k tomu, aby zdravotníci byli schopni poskytnout adekvátní podporu a pomoc, která by bylo pro rodiče skutečným přínosem.

Dohnalová a Pavlíková (2011) doporučují, aby byl zdravotnický personál vyškolen v metodách krizové intervence. Byla by tak splněna podmínka včasné pomoci v akutní krizové situaci a nasměrování rodičů k možnostem další návazné odborné péče (psychologické, psychiatrické, sociální aj.). Ideální možností by bylo přizvání klinického psychologa, zdravotnické zařízení by mělo disponovat minimálně kontakty na externí odborníky ochotné příslušnou pomoc poskytnout (Dohnalová, Pavlíková, 2011).

Jako vhodné se jeví u zdravotnického personálu prohloubení znalostí o akutní stresové reakci, její symptomatologii a zákonitostech, což by mohlo přispět k lepšímu porozumění chování rodičů a následně také k více respektujícímu a chápajícímu přístupu zdravotníků samotných. Zdravotníci by mohli pak lépe odečítat reakci rodičů, to, kde se rodiče nacházejí, a s ohledem na jejich potřeby nabízet adekvátní typ podpory. Domnívám se, že normalizování některých reakcí v očích zdravotnického personálu by mohlo předejít nevhodné intervenci a tím zvyšování traumatizace rodičů. Dále se jako vhodné jeví zvýšení povědomosti o procesu truchlení jako takovém a také o intervencích, které napomáhají dobré integraci perinatální ztráty a které jsou v kompetenci a možnostech zdravotníků. Jedná se zejména o umožnění kontaktu s dítětem, v tomto ohledu také vyšší míru aktivity ze strany zdravotníků, dodržování piety, nabízení pamětních balíčků, vhodný typ verbální podpory. Domnívám se, že zdravotníkům by mohlo pomoci také zpracování jakéhosi plánu postupu, manuálu, kdy a jak

hovořit či nabízet vhodné intervence, výčet intervencí nebo verbalizací nevhodných a v neposlední řadě také informovanost a normalizace vlastního prožívání traumatu na straně zdravotníků tak, aby zdravotníci byli schopni tyto emoce reflektovat a čelit jim.

Je třeba rozlišovat postupy, které se týkají bezprostředního prožívání krize tak, jak se s ní setkávají zejména zdravotničtí pracovníci v porodnicích, a postupy, které jsou vhodné pro podpůrnou práci po odeznění akutní krize. Worden (2009) ve své monografii popisuje právě takovéto techniky, využitelné a vhodné pro podporující práci s pozůstalým. Patří sem např. evokující jazyk (podněcující vyjádření emocí), prohlížení fotek, videí, napsání dopisu (umožní dokončit nedokončené věci, apod.), malování jako vyjádření, reflexe emocí, kognitivní restrukturalizace, pamětní knihy či balíčky, popřípadě řízená imaginace (pozůstalý hovoří k prázdné židli, na které si představuje zemřelého, a může tak vyjádřit, co nestihl říci, vyjasnit komunikaci či konflikty, dokončit a uzavřít tvar) (Worden, 2009).

Na tomto místě bych ráda uvedla základní principy poradenství pro pozůstalé, jak je uvádí Worden (2009):

1. Pomoci pozůstalému přijmout ztrátu, čelit faktu, že se to skutečně stalo, podpořit ho v kontaktu s realitou ztráty (účast na pohřbu, návštěva hrobu, atd.).
2. Pomoci pozůstalému reflektovat a vyjádřit emoce spojené se ztrátou, normalizovat jeho prožívání (hněv, vina, úzkost a bezmoc, smutek).
3. Podpořit „žití“ a život bez zemřelého.
4. Pomoci pozůstalému najít smysl a význam ztráty.
5. Facilitovat a podpořit emoční přenesení zemřelého (nalezení jiného, nového místa v životě pozůstalého), pomáhá např. vzpomínání na zemřelého, ujištění, že nikdo nemůže nahradit jeho místo, ale pro pozůstalého má smysl otevřít se dalším vztahům. Naproti tomu není dobré spěchat do nových vztahů, aby pozůstalý místo rychle zaplnil, toto pomáhá většinou jen na krátký čas.
6. Poskytnout pozůstalému prostor a čas na truchlení. Worden (2009) popisuje kritické momenty, většinou jsou to 3 měsíce po události, první výročí události, první dovolená poté, svátky, zejména Vánoce, atd.
7. Normalizovat chování a pocity pozůstalého. Lidé si často myslí, že blázní, že jejich pocity nebo potřeby nejsou normální. Normalizování jejich prožívání je prospěšné a preventivní z hlediska optimálního průběhu procesu truchlení.
8. Připustit individuální rozdíly. Každý jedinec truchlí svým jedinečným způsobem.

9. Podpořit pozůstalého, aby vědomě prozkoumal své copingové strategie. Podpořit to úzdravné, zdravé, reflektovat to destruktivní (alkohol, drogy, apod.).
10. Identifikovat patologii v procesu truchlení, pojmenovat ji, snažit se ji zmínit. Upozornit na tento fakt pozůstalého.

(Worden, 2009)

Některé z těchto strategií či technik patří jednoznačně do kompetence psychologa nebo psychoterapeuta. Některé ale (zejména pamětní balíčky či respektování potřeb rodičů, jejich individuálního prožívání, reflexe emocí, adekvátní podpora procesu truchlení a také dovednost identifikovat patologie či destruktivní aspekty v procesu truchlení) mohou být spolu s hlubším porozuměním procesu truchlení, jeho dynamice a zákonitostem důležitou součástí nového, kompetentnějšího přístupu zdravotníků, který ve svém důsledku může rodičům smysluplně napomoci v situaci perinatální ztráty.

III. EMPIRICKÁ ČÁST

1. Cíle empirického šetření

V teoretické části jsem se snažila podívat se na psychologickou problematiku perinatální ztráty a truchlení z několika pohledů. Cílem empirické části této práce je popsat prožívání ženy v situaci perinatální ztráty, zaměřovat se a vyhledávat aspekty, které napomáhají integraci takovéto zkušenosti, vyrovnání se s ní, a aspekty, které integraci komplikují nebo jí brání. Dále jsem se snažila mapovat oblast různých individuálních podpůrných faktorů, copingových strategií a hledat takové přístupy, aspekty a strategie, které by mohly být zobecněny a aplikovány v rámci psychosociální intervence.

Problematice perinatální ztráty ve smyslu jejího prožívání matkami není v české odborné literatuře věnován dostatek prostoru. Výsledky této práce by tedy měly na pozadí poznatků zmíněných v teoretické části popsat specifika této problematiky tak, jak je v České republice ženy ve skutečnosti zažívají. Ráda bych pojmenovala psychologické a další aspekty, se kterými by bylo možné v rámci interdisciplinárních intervencí efektivně pracovat a dále se zaměřit na navržení vhodné psychosociální intervence, která by mohla zvýšit komfort a psychickou pohodu žen v této situaci.

Vzhledem k intimní a velmi křehké a citlivé povaze problematiky, s přihlédnutím k nutnosti osobního a respektujícího přístupu v takovéto extrémní životní situaci a také s ohledem na osobní a citlivé údaje jsem zvolila kvalitativní výzkumný design. Individuální zkušenosti a pocity, subjektivní pohledy a názory respondentek byly získávány pomocí hloubkových individuálních rozhovorů, které byly následně analyzovány za pomoci interpretativní fenomenologické analýzy (IPA). Jako doplňující metodu jsem zvolila vizuální analogovou škálu vyrovnávání se s perinatální ztrátou.

Domnívám se, že postupy doporučené na základě výsledků této práce mohou být přínosem pro všechny, kteří s těmito ženami a jejich rodinami přichází do kontaktu. Jedním z nejvýznamnějších prvků je zdravotnický personál, který ženě poskytuje péči v průběhu samotné události (porodu/potrátu). Jeho přístup a chování může významným způsobem ovlivnit prožívání zkušenosti, procesu truchlení a integrace ztráty. Výstupy této práce mohou být ale inspirací nejen pro lékaře, porodní asistentky a psychology, ale také blízké pečující osoby, rodinné příslušníky, partnery, přátele a další.

2. Výzkumné otázky

V souvislosti s výše uvedenými teoretickými poznatky a cíli této práce si kladu následující výzkumné otázky:

- **Jaké podoby má prožívání události perinatální ztráty na úrovni:**
 - emoční a případných tělesných projevů,
 - kognitivní a informační,
 - sociální,
 - spirituální.

- **Jaké copingové strategie byly ženami využívány?**

- **Zda a jak napomáhají procesu truchlení a integraci zkušenosti podporující faktory:**
 - sociální opora a aspekty,
 - spirituální a přesahové aspekty.

- **Jaké je subjektivní vnímání míry integrace zážitku, vyrovnání se zkušeností, průběhu procesu truchlení?**

- **Zda je patrná potřeba psychosociální intervence v jednotlivých fázích procesu vyrovnávání se se ztrátou. V jakém období, v jaké podobě a s jakým obsahem by byla respondentkami vnímána jako vhodná.**

3. Použité výzkumné metody

Z výzkumného tématu vyplývá především explorativní a deskriptivní cíl výzkumu a použití idiografického přístupu. V souladu s těmito cíli, které se zaměřují na zkoumání zkušenosti jedince s daným tématem, jsem zvolila jako výzkumnou metodu interpretativní fenomenologickou analýzu (Interpretative Phenomenological Analysis, dále jen IPA). Jedná se o metodu kvalitativní analýzy dat, jejímiž autory jsou A. Smith a M. Osborne. IPA se zabývá osobním vnímáním nebo přístupem k objektu či události, zkoumá subjektivní pohled na subjektivně prožívanou skutečnost. Zaměřuje se na osobní smysl a proces porozumění konkrétnímu fenoménu u skupiny lidí, kteří sdílejí konkrétní zkušenost. Odhaluje, jak lidé nahlízejí na svůj svět, snaží se postihnout život jako dynamický, intersubjektivní systém. IPA se proto používá tehdy, je-li výzkumníkovým cílem zkoumání a mapování subjektivní individuální zkušenosti (Harper, Thompson, 2012).

Východisky IPA jsou jednak fenomenologie (zkoumání a porozumění žité zkušenosti), hermeneutika (teorie procesu utváření smyslu a významu jak ze strany respondenta, tak výzkumníka – dvouúrovňový interpretační proces, kdy se respondent snaží pochopit svůj svět a výzkumník se snaží pochopit respondenta v tomto procesu) a idiografický přístup. Metoda sleduje, co si respondent o daném tématu myslí, jak ho chápe a pokouší se přijmout perspektivu respondenta. Jejím hlavním analytickým zájmem je tedy poznání (Kocvrlichová, 2006; Smith, Flowers, Larkin, 2009).

IPA nabízí rámec pro sběr i zpracování dat, tedy jejich analýzu a zejména pro jejich interpretaci. Proces analýzy metodou IPA začíná konstrukcí výzkumné otázky, volbou vzorku, pokračuje přípravou a realizací rozhovorů, jejich doslovným přepisem, vlastní analýzou sesbíraných dat a jejich interpretací. Jak Smith (2009) zmiňuje, neexistuje jeden správný způsob, jakým provádět analýzu metodou IPA. Analýza je jedinečný proces a výzkumník má možnost zvolit si v rámci přístupu takovou cestu, která jemu a jeho záměru nejlépe vyhovuje (Harper, Thompson, 2012; Kocvrlichová, 2006; Smith, Flowers, Larkin, 2009).

Pro zachycení zkušenosti respondentek jsem zvolila polostrukturovaný hloubkový rozhovor a následně, pro ověření získaných poznatků, vizuální analogovou škálu vyrovnávání se s perinatální ztrátou.

3.1 Individuální hloubkový rozhovor

Se všemi respondentkami jsem komunikovala e-mailem nebo telefonicky ještě před osobním setkáním, a navázala tak dobrý spolupracující kontakt již před započítím rozhovoru, což považuji vzhledem k citlivosti tématu za velmi důležité. V úvodu rozhovoru byly respondentky znovu obeznámeny s cílem a souvislostmi výzkumu, byly seznámeny se způsobem další práce a zacházení se sebranými daty, s důrazem na naprostou dobrovolnost odpovědí, a podepsaly informovaný souhlas s účastí ve výzkumu. Tato část rozhovoru pomohla navodit příjemnější atmosféru, mým cílem bylo také snížení případné tenze, že respondentka nebude umět správně odpovědět. Posléze jsem plynule přešla do otázek rozhovoru, někdy respondentky spontánně začaly hovořit o tématu. V jednom případě bylo zapotřebí věnovat více péče bezpečí situace z důvodu osobních a v jednom případě z důvodu právních souvislostí.

Na úplný začátek rozhovoru byly zařazeny demografické otázky a otázky týkající se faktů ohledně gestačního stáří zemřelého dítěte a mapující rodinnou situaci (počet dalších dětí, pořadí zemřelého dítěte mezi případnými sourozenci). Tato úvodní část umožnila tazatelce obeznámit se základními fakty a osobní a rodinnou situací respondentky. Také pomohla navodit téma rozhovoru.

Samotný scénář rozhovoru byl sestaven z úvodní narativní části a dále z polostrukturovaných otázek. Scénář rozhovoru je součástí příloh této práce (Příloha č. 3). Pro tuto podobu (zařazení úvodní vyprávěcí části) jsem se rozhodla po zkušenosti s pilotními rozhovory, kde byla patrná potřeba respondentek svůj příběh nejdříve převyprávět a teprve poté se udělal prostor na další dotazování. Tento přístup navíc také umožnil, aby respondentka sama přinesla témata, která jsou pro ni v této souvislosti nosná, to, co sama vnímá ve svém příběhu jako zásadní a subjektivně významné, a její vyprávění nebude tudíž ovlivněno ani zabarveno možnými předpoklady tazatelky. Současně jsem se snažila sledovat, zda by již v tomto vyprávění bylo možné zachytit podpůrné faktory a jejich proměnu v časové linii zkušenosti.

Dále jsem navazovala s otázkami, týkajícími se prožívání a chování respondentek, sledovala jsem emoční a tělesné projevy, porozumění situaci, sociální oblast a kvalitu komunikace, podpůrné faktory a naopak aspekty, které nebyly nápomocné nebo byly naopak zraňující či komplikující prožívání situace. Sledovala jsem zvláště období akutní fáze, prožívání porodu/potrátu a pobytu v porodnici a zvláště období šestinedělí a následně

prožívání procesu truchlení. Snažila jsem se zaměřit se především na mapování potřeb respondentek v jednotlivých stádiích, podporujících faktorů a jejich proměnu v průběhu procesu truchlení, nabídku sociální podpory a její využívání, okolnosti, míru a způsob informovanosti ve smyslu zdravotní péče a také přístup zdravotnického personálu a jeho vliv na aktuální prožívání respondentek. Sledovala jsem subjektivní vnímání míry vyrovnání se s perinatální ztrátou a její souvislosti časové a obsahové. Žádala jsem respondentky také o případné doporučení či vzkaz pro ženy, které podobnou situací aktuálně procházejí, což mi umožnilo nahlédnout na subjektivní reflexi a vnímání vlastních potřeb respondentek v situaci ztráty. Na závěr jsem dala respondentkám prostor pro vlastní vyjádření, které považovaly v rámci daného tématu za podporující, nosné či jinak důležité.

Struktura rozhovoru:

Otázky k vyprávění:

- Dokázala byste tohle vyprávění rozdělit na určitá období? Jaká?
- Čím pro vás byla významná?
- Čím byla typická?
- Měnily se vaše potřeby v rámci různých období, která jste uvedla?

Otázky k období v porodnici (kontakt se zdravotníky)

- Dal by se nějak vyjádřit pocit, který jste měla po sdělení zprávy o smrti vašeho děťátka? Co vás napadlo, když jste se dozvěděla o tom, že vaše miminko nežije?
- Co bylo v tu chvíli nejtěžší?
- Co vám v tu chvíli pomáhalo? Bylo něco takového?
- Měla jste dostatečné informace? Jakým způsobem vám byly sdělovány?
- Jakým způsobem vám byla sdělena zpráva o smrti miminka?
- Jak vám sdělili další postup, zákroky a jejich smysl? Co dalšího byste ještě bývala potřebovala?
- Jak s vámi komunikoval personál? Co konkrétního na jeho chování bylo podporující, co bylo naopak zraňující? Co jste v tomto ohledu postrádala, abyste se cítila lépe?
- Měla jste pocit, že se můžete podílet na rozhodování? Potřebovala jste, aby bylo něco jinak? Jak?
- Zažívala jste dostatek podpory ze strany partnera, rodiny, atd.? Jaká forma podpory byla v tomto období pro vás nejvýznamnější? Čím?
- Dokázala byste vyjádřit, co vám v tomto období (v porodnici) nejvíce pomáhalo?

- Kdybyste si představila, že by vám mohla být nabídnuta psychologická pomoc, uvítala byste ji? Ve kterém okamžiku nejvíce?
- Jak by měla vypadat, aby pro vás byla ideální? Co by zahrnovala?

Otázky k období doma:

- Jaké byly vaše pocity doma po návratu z porodnice?
- Co bylo těžké?
- Měla jste nějaké fyzické obtíže, bolesti, tělesné projevy? Jaké?
- Co vám pomáhalo se vyrovnávat s těmito změnami?
- Měla jste dostatek prostoru pro smutnění? Cítila jste tuto potřebu?
- Měla jste pocit, že v tomto období máte všechny informace, které potřebujete? Byly nějaké informace, které by vám bývaly mohly pomoci? Které by to byly?
- Co z toho, co vám lékaři nebo další zdravotníci řekli, vám pomohlo cítit se lépe doma?
- Měla jste si s kým promluvit o vašich myšlenkách, otázkách apod.? Kdo vám v tomto ohledu nejvíce pomohl?
- Který typ kontaktu jste v tomto ohledu upřednostňovala (osobní, anonymní na chatu, v jaké četnosti, atd.)?
- Jakým způsobem se vám vaši blízcí snažili pomoc vyrovnat se s touto situací? Co z toho bylo pro vás nejvýznamnější?
- Jaké byly reakce okolí na vaši situaci? Jak jste to vnímala?
- Jakou reakci okolí byste potřebovala zažít, aby pro vás byla adekvátní, příjemná?
- Co vám v tomto období nejvíce pomáhalo?
- Co byste bývala potřebovala?
- Co z toho se vám dostávalo?
- Co vám naopak chybělo?
- Vysvětlil vám někdo srozumitelným způsobem, jak obvykle probíhá období po ztrátě dítěte? Jaké pocity nebo chování můžete očekávat? Pokud ne, pomohlo by vám to? V jakém ohledu?
- Kdybyste si představila, že by vám i v tomto pozdějším období mohla být nabídnuta psychologická pomoc, uvítala byste ji? Ve kterém okamžiku nejvíce?
- Jak by měla vypadat, aby pro vás byla ideální? Co by zahrnovala?
- Máte pocit, že jste se s touto zkušeností již vyrovnala? Podle čeho jste to poznala? Kdy se tento pocit objevil?

- Co si myslíte, že by mohlo ulehčit situaci či pomoci ostatním ženám, které se ocitnou ve stejné situaci jako vy? Je něco, co byste jim vzkázala, doporučila?
- Je ještě něco, o čem jsme nemluvily, a vy byste to chtěla zmínit?

Po dokončení rozhovoru, který trval jednu až dvě a půl hodiny, byly respondentky požádány o vyplnění Vizuelní analogové škály vyrovnávání se s perinatální ztrátou.

3.2 Vizuelní analogová škála vyrovnávání se s perinatální ztrátou (VAŠ)

Pro svoji výzkumnou práci jsem se snažila najít vhodnou doplňující metodu, která by umožnila získat informace od respondentek ještě jiným způsobem a případně ilustrovala interpretaci analýzy samotných rozhovorů. Hledala jsem metodu, která by byla jednoduchá, srozumitelná a nezatěžující, protože samotný rozhovor byl často pro respondentky náročný a emotivní.

Na základě konzultací a v souladu s výstupy pilotních rozhovorů jsem se rozhodla použít metodu vizuelní analogové škály a vytvořit vlastní seznam položek. Jedná se o soubor 21 tvrzení, jejichž míru osobní platnosti respondentky vyznačují na vizuelně analogové škále (resp. úsečce o délce 10 cm). Vizuelní analogovou škálu jsem konzultovala s několika nezávislými kolegyněmi (2 dily a 2 psycholožky s praxí v oboru dily) a nechávala vyplnit ženami, se kterými jsem provedla pilotní rozhovory. Způsob hodnocení vlastních pocitů shledaly respondentky jako srozumitelný, příjemný a časově nenáročný.

Vizuelně analogová škála obsahuje úvodních 5 tvrzení, která zachycují aktuální subjektivní prožívání respondentky v kontextu události, její subjektivní hodnocení míry vyrovnání se s perinatální ztrátou, schopnost vnímat smysl události či nějaké osobní obohacení díky této události a míru případného sblížení s partnerem na základě společného prožívání ztráty. Dále se pomocí 16 dalších škál snažím mapovat, jaký druh podpory, činnosti či událostí ženám pomáhal projít a vyrovnat se s touto zkušeností. Sleduji tyto oblasti:

- Vyrovnanost s událostí – sycená tvrzeními č. 1, 2, 3, 4

- Copingové strategie – sycené tvrzeními č. 9, 10, 11, 14, 15, 16, 17, 18
- Podpora partnera – sycená tvrzeními č. 5, 6
- Sociální podpora a opora – sycená tvrzeními č. 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 19
- Spirituální a přesahové aspekty – sycené tvrzeními č. 19, 20, 21

Vizuálně analogová škála dále nabízela 3 neoznačené úsečky, kde respondentky mohly napsat a vyznačit na škále zkušenost s podporujícím faktorem, který jim výrazně pomohl a nezahrnovaly jej uvedené škály. 8 respondentek tuto možnost využilo a označilo subjektivně významné podporující faktory. U takto vyznačených škál jsem sledovala jejich kategorické zařazení ve smyslu výše uvedených sledovaných faktorů.

Od této doplňující metody jsem očekávala, že potvrdí podporující faktory, které respondentky uváděly v rozhovorech, upřesní míru jejich podpůrného efektu v kontextu ostatních faktorů a případně poukáže na faktory, které v rozhovoru zmíněny nebyly, přestože jejich podporující efekt byl pozitivní.

4. Postup a organizace sběru dat

Empirická část této práce vznikala postupně od srpna 2011, kdy jsem začala oslovovat případné respondentky výzkumu. S ohledem na citlivost a emoční náročnost tématu a nutnost zachování bezpečí a anonymity respondentek jsem se rozhodla oslovit případné respondentky průvodním dopisem. Vzhledem ke své 10leté praxi s těhotnými matkami jsem využila kontaktů na kolegyně doly, porodní asistentky i svoje klientky, které jsem podobnou zkušeností provázela. Oslovila jsem také ženy na internetových diskusích, věnovaných tématu pozdního potratu či porodu mrtvého dítěte. Oslovila a požádala jsem kolegyně o zaslání průvodního dopisu ženám se zkušeností perinatální ztráty. Znění průvodního dopisu je součástí příloh této práce (Příloha č. 1).

4.1 Pilotní rozhovory

Vzhledem k tomu, že se mi nepodařilo najít žádný obdobný výzkum, který by naznačoval směr a upřesňoval obsah samotného výzkumu, rozhodla jsem nejprve pro pilotní rozhovory. Očekávala jsem, že mi nastíní možnosti, kudy se bude vlastní výzkum ubírat, jaké oblasti budu ve výzkumu mapovat, očekávala jsem, že mi naznačí strukturu designu této práce. Oba pilotní rozhovory proběhly jako nestrukturované, ženy měly možnost přinášet svoje vlastní poznatky a zkušenosti a mně tato forma umožnila volně explarovat v rámci dané oblasti. Na základě těchto nestrukturovaných rozhovorů, které proběhly na podzim 2011, vznikala osnova a scénář rozhovoru, identifikovala jsem jednotlivé oblasti či okruhy, kterým jsem se chtěla věnovat, vznikla jakási struktura zkoumání daného tématu, způsob jeho uchopení. Na základě těchto pilotních rozhovorů vznikla také vizuálně analogová škála vyrovnávání se s perinatální ztrátou, jejíž srozumitelnost byla následně ověřována také právě s respondentkami pilotních rozhovorů. Oba pilotní rozhovory trvaly více než dvě a půl hodiny, dokud nebylo téma vyčerpáno ve všech sledovaných oblastech, které jsem jednak očekávala na základě teoretického studia problematiky, a také těch, které se v průběhu rozhovoru vynořovaly u respondentek. Ve vertikální ose pilotních rozhovorů sleduji:

- Mapování prožívání (v porodnici / doma),
- Zmapování toho, co
 - pomáhalo (v porodnici / doma)
 - nepomáhalo (v porodnici / doma)
 - zraňovalo (v porodnici / doma)
 - chybělo, co respondentka postrádala (v porodnici / doma),
- Zmapování míry integrace (zda má respondentka pocit vyrovnání se zkušeností, kdy se ten pocit objevil, co nejvíce napomohlo vyrovnání se), proces truchlení,
- Zmapování potřebu psychosociální intervence v jednotlivých fázích, kdy by ji uvítali, v jaké podobě, s jakým obsahem.

V horizontální ose sleduji u pilotních rozhovorů v každé oblasti emoce a tělesné projevy, kognitivní, sociální i spirituální aspekty.

4.2 Realizace výzkumného šetření

Celkem se mi ozvalo 16 žen, které byly ochotné na výzkumu spolupracovat. Ne všechny rozhovory se však nakonec realizovaly, z celkového počtu žen, které rozhovor přislíbily, se nakonec realizovalo 12 rozhovorů. 1 žena si přála odpovídat písemně (její výpověď byla zahrnuta mezi přepisy rozhovorů), 2 respondentky se později neozvaly bez udání důvodu a 1 respondentka byla ochotná rozhovor poskytnout, ale nepodařilo se najít termín, ve kterém by bylo možné se sejit (vzhledem k zaneprázdněnosti, pobytu mimo ČR a velké vzdálenosti).

Celkem bylo tedy zpracováno 12 přepisů rozhovorů, 1 písemná odpověď na položené otázky a 13 vizuálně analogových škál.

V průběhu práce a rozhovorů s respondentkami se postupně vynořovalo téma stále většího významu a důležitosti přístupu pečujících osob (zdravotníků) pro dobrou integraci zkušenosti. Zajímal mne tedy obvyklý postup a možnosti, které zdravotníkům současný systém českého zdravotnictví nabízí, zda a jaká omezení daných podmínek a možností zdravotníci sami reflektují. Zajímal mne pohled porodních asistentek na projevy žen a jejich porozumění procesům probíhajícím v situaci akutního stresu, to, jak porodní asistentky dokážou tyto projevy „číst“ a jak s nimi mohou a umějí pracovat. Zajímalo mne, nakolik dohlíží důsledky tohoto svého přístupu. Proto byla realizována jedna fokusová skupina se dvěma porodními asistentkami a tento rozhovor byl dále zpracován a analyzován. Výstupy z něj jsou uvedeny v diskusi.

5. Zpracování dat

Je-li záměrem výzkumníka zkoumat komplexitu, novost nebo proces, je vhodné použití metody IPA. V tom případě bývá výzkumná otázka formulována otevřeně a široce, aby umožňovala explorování výzkumníka v daném poli.

Autoři metody sami považují za nejvhodnější formu sběru dat polostrukturovaný rozhovor, jakkoli i jiné metody, jako např. deník, osobní popis atd. nejsou vyloučeny. Polostrukturovaný rozhovor umožňuje, aby výzkumník a participant vstoupili do vztahu,

interakce, drží jakýsi tematický rámec, a přitom je flexibilní a otevírá možnost, aby participant vnesl do tohoto prostoru vlastní témata. Analýza polostrukturovaného rozhovoru je pak ovšem náročnější než např. u rozhovoru strukturovaného. Nicméně s ohledem na velkou variabilitu prožívání daného procesu, kterou akcentují i teorie a autoři, citovaní v teoretické části této práce, jsem viděla polostrukturovaný rozhovor jako nejvhodnější metodu právě proto, že participantovi umožňuje v daném rámci být aktivním účastníkem, formovat podobu a obsah rozhovoru, přinášet vlastní podněty a témata. To mi připadalo velmi cenné.

Autoři metody doporučují, aby si výzkumník předem připravil osnovu rozhovoru, jakýsi scénář, aby otázky nebyly hodnotící či navádějící, ale spíše neutrální, otevřené a srozumitelné. Přitom by osnova měla být výzkumníkovi pomocníkem, ne přísně závaznou normou. Rozhovor nemusí postupovat přesně podle osnovy, otázky nemusí být položeny všechny, ani nemusí jít v přesně daném pořadí. Pokud se participant spontánně rozhovoří o tématu, mohou být otázky s ním související položeny mimo předem uvažované pořadí (Kocvrlichová, 2006; Smith, Flowers, Larkin, 2009).

Celý rozhovor je nahrán a později doslovně přepsán. Tímto jsou získávána bohatá data. Přepis se provádí na sémantické úrovni, včetně hovorového jazyka či přereků, významných pauz, pláče apod. Přepisují se i kladené otázky z důvodu zachování autenticity a kontextu (Kocvrlichová, 2006).

5.1 IPA analýza

Analýza rozhovoru je nevyhnutelně osobní proces, kde se realizuje interpretační vztah mezi výzkumníkem a přepisem. Výzkumník se pokouší porozumět textu, tomu, co participant říká, a zároveň čerpá sám ze sebe, opírá se o vlastní interpretační zdroje. Autoři metody sami upozorňují, že postupem času si výzkumník začne metodu přizpůsobovat svému konkrétnímu úkolu, a ani v tomto případě to nebylo jinak.

Pokud se zpracovává více než jeden rozhovor (metoda IPA může být použita také pro detailní idiografické zpracovávání zkušenosti jedince v jeho vlastním životním kontextu), pak práce začíná detailním zpracováním jednoho rozhovoru a postupně se přistupuje ke

zpracovávání dalších. Zde je patrný idiografický přístup IPA k analýze. Na začátku tedy stojí jednotlivý příklad a analýzou směřujeme ke kategorizaci či obecnějším závěrům.

Podrobný postup:

1. Nejprve je přepis několikrát přečten a na levém okraji se zaznamenává vše, co důležitého, nosného v rozhovoru zaznělo. Autoři neuvádějí žádná pravidla toho, co a jak se má komentovat. Naopak dávají výzkumníkovi prostor pro vlastní přístup. Komentáře mohou být shrnující, předběžně interpretující, asociační či parafrázující.
2. V další fázi se na pravém okraji zaznamenávají témata, která se z rozhovoru vynořují, esencialita jednotlivých důležitých úseků rozhovoru. Jde o vyšší rovinu abstrakce, ale je stále nutné vést v patrnosti, odkud toto zobecnění pramení, kde je lze v textu přepisu dohledat.
3. Ve třetí fázi se jednotlivá témata přepisují na papír a hledá se spojení mezi nimi. Seskupují se do skupin, lze najít nadřazené pojmy, lze sledovat shlukování. Také v této fázi je nutné brát ohled na přepsaný materiál a sledovat, zda je případné zobecnění stále platné také pro primární materiál.
4. Dalším krokem je vytvoření interpretačních tabulek, kde jsou zaznamenána témata, která vystihují participantův přístup k materii, jeho osobní pohled. Procesem analýzy vzniknou jednotlivé shluky témat, těm se dostává zobecňujícího názvu, popřípadě identifikátoru, který pomáhá organizaci a orientaci v původním textu. V průběhu tohoto procesu je možné také vypustit okrajová témata, která nezapadají do celkové struktury.
5. V posledním kroku analýzy IPA jsou získávaná témata převáděna do narativní podoby, která by měla vyjadřovat a shrnovat významy, které lze dohledat ve zkušenosti participanta, zaznamenané v rozhovoru. Tabulka témat je pak jakýmsi základem pro vysvětlení, interpretaci přístupu participanta. Závěry a tvrzení výzkumníka jsou dokladovány jednotlivými citacemi.

(Kocvrlichová, 2006; Smith, Flowers, Larkin, 2009).

Pokud se zpracovává více než jeden rozhovor, autoři nabízejí dvojitý postup. Buď lze analyzovat stejným způsobem všechny rozhovory postupně, nebo lze v následujících rozhovorech využívat témata, nalezená v rozhovoru prvním. Přitom je třeba sledovat, jak se přístupy jednotlivých participantů liší či naopak shodují. Vzhledem k množství dat jsem se rozhodla pro možnost druhou.

Sama jsem tedy postupovala tak, že jsem provedla rozbor dvou úvodních, pilotních, nestrukturovaných rozhovorů. Oba byly časově náročnější (zhruba dvě a půl hodiny) a umožňovaly volné explorování v dané problematice, snažila jsem se zachytit všechna možná témata, která by se mohla objevovat. Tyto dva rozhovory byly zpracovány podrobněji. Analýza přepisů rozhovorů tedy probíhala v několika krocích. Podrobnější analýzu metodou IPA jsem provedla u prvních dvou rozhovorů. Na základě této analýzy jsem zpracovala horizontální osu, kterou budu v dalších analýzách sledovat a porovnávat. Následně jsem volně analyzovala ostatní rozhovory. V rámci horizontální osy jsem se rozhodla sledovat a porovnávat:

- Subjektivní vnímání míry integrace zážitku, vyrovnání se zkušeností. Průběh procesu truchlení.

- Sledování prožívání události na úrovni:
 - emoční a případných tělesných projevů,
 - kognitivní, informační,
 - sociální,
 - spirituální.

- Použité copingové strategie.

- Sledování podporujících faktorů a jejich efektivity:
 - sociální opora a aspekty,
 - spirituální a přesahové aspekty.

- Zmapování potřeby psychosociální intervence v jednotlivých fázích, kdy by ji respondenty uvítaly, v jaké podobě, s jakým obsahem.

6. Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tohoto šetření sestává ze 13 žen, které mají zkušenost se zážitkem perinatální ztráty. K sestavení souboru byla využita metoda záměrného výběru prostřednictvím institucí, resp. kontaktních osob. Vzhledem k tomu, že přístup k ženám s takovou zkušeností je velmi omezený, a také s ohledem na extrémní emoční náročnost tématu jsem považovala tento způsob získávání respondentek za efektivní a citlivý.

Idiografický přístup v rámci metody IPA je určen pro menší počet respondentů, jejichž homogenita závisí na záměru analýzy. Podle Smithe (2009) se mnoho výzkumníků domnívá, že čím homogennější vzorek naleznou, tím kvalitnější jsou výsledky. V mém případě jsem vybrala skupinu, která je homogenní v kritériu perinatální ztráty. Skutečnost, že respondentka prošla zkušeností perinatální ztráty ve smyslu, jak byla definována v úvodu práce, je tedy mým prvním kritériem.

Další kritérium, které se nabízelo, je „stáří“ zkušenosti. Vzhledem k citlivosti a emocionálnímu náboji tématu a také vzhledem k faktu, že je velmi obtížné respondentky pro spolupráci získat, mi stanovení tohoto kritéria nepřišlo smysluplné. Naopak jsem zjistila, že rozdílnost časového odstupu a také rozdílnost přístupu zdravotníků v dané době přináší zajímavé srovnání. Kritérium „stáří“ zkušenosti perinatální ztráty jsem se tedy rozhodla vypustit a tím i akceptovat vyšší variabilitu souboru, jak doporučuje Smith (2009).

Ani kritérium pořadí dítěte mezi eventuelními sourozenci nepovažuji za nosné. Je sice respondentkami zmiňováno, že „kdyby to bylo moje první dítě, asi bych to nesla hůř, muselo by to být hroznější...“, nicméně u žen, jež potkala perinatální ztrátu v rámci prvního těhotenství, nejsou patrné významné odchylky v procesu truchlení či integrace zkušenosti.

Stejně tak akceptuji variabilitu týkající se gestačního věku zemřelého dítěte a do výzkumu zařazuji respondentky s antenatální a intrapartální ztrátou v souladu s definicí perinatální ztráty, popsané v teoretické části.

Na otázku, zda existuje ideální velikost vzorku pro IPA analýzu, není podle Smithe (2009) jednoznačná odpověď. Záleží na záměru výzkumníka, do jaké hloubky plánuje materiál analyzovat, do jaké míry chce zachovat variabilitu dat. V kvalitativních studiích existuje trend snižující se velikosti vzorků. V začátcích kvalitativního výzkumu se výzkumníci patrně snažili předejít kritice svých kolegů z oblasti kvantitativního výzkumu tím, že zkoumali poměrně velké vzorky. Docházelo tak k redukci důležitých kvalitativních dat a

přístup tím ztrácel smysl (Smith, 2009). S vývojem kvalitativní metodologie se zmenšuje velikost vzorku. Konkrétně v přístupu IPA lze vytěžit nejvíce z detailního zkoumání relativně malého vzorku. Smith (2009) dokonce ve své publikaci doporučuje ideální velikost vzorku pro diplomové práce $n = 3$ (Smith, 2009).

Výzkumný soubor této práce sestává ze 13 žen, vybraných na základě metody záměrného kriteriálního výběru. Respondentky jsem sama oslovovala pomocí dopisu s tím, že jsem věděla, že mým požadavkům vyhovují. Žádost o spolupráci a stručné seznámení s výzkumem bylo zasláno ve všech případech e-mailem.

6.1 Popis souboru

Výzkumný soubor čítá 13 respondentek se zkušeností perinatální ztráty. Z toho je 8 respondentek středoškolského a 5 vysokoškolského vzdělání. Perinatální ztráta se týkala ve 12 případech jednoho dítěte, jednou se jednalo o dvojčata.

Sledovala jsem věk respondentek v době události. V době zažívání zkušenosti perinatální ztráty se věk respondentek pohyboval mezi 19 a 38 lety. Průměrný sledovaný věk respondentky v době události byl 27,8 let.

Věk respondentek v době události								
19	25	26	27	29	30	34	35	38
2	2	1	3	1	1	1	1	1

Tabulka č. 1 Věk respondentek

Dalším sledovaným aspektem bylo stáří zkušenosti perinatální ztráty u respondentek. Nejčerstvější zkušenost byla stará 9 týdnů, nejstarší zkušenost se odehrála před 37 lety. Průměrné stáří zkušenosti je 9,9 let, medián 5 let.

Stáří zkušenosti (v letech)										
0,2	0,75	1	2	3	5	9	12	23	26	37
1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1

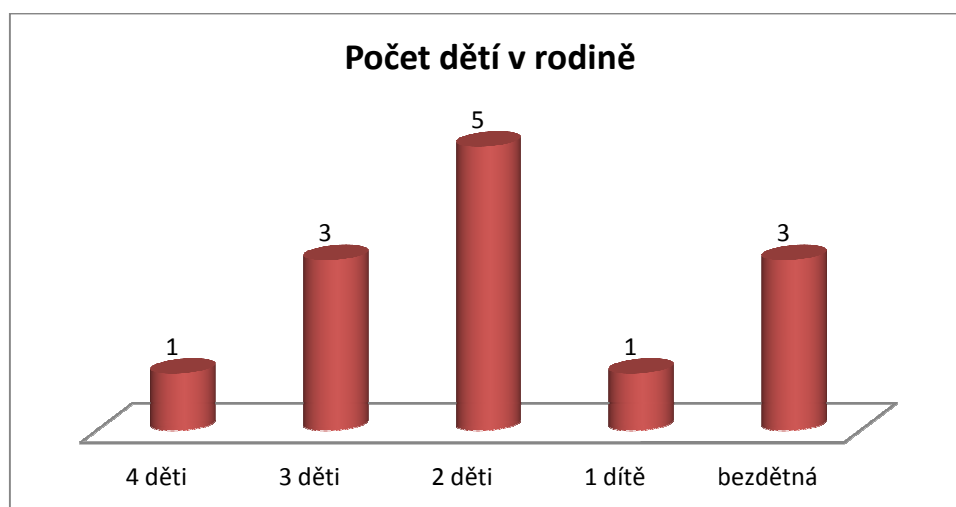
Tabulka č. 2 Stáří zkušenosti perinatální ztráty (uváděné v letech)

Pro potřeby této práce jsem definovala perinatální ztrátu jako antenatální úmrtí plodu ve věku alespoň 16 gestačních týdnů. Následující graf zobrazuje gestační věk plodu u respondentek v době události. Průměrné stáří plodu v době úmrtí je 30 gestačních týdnů, medián 30 gestačních týdnů.

Gestační věk plodu v době úmrtí (v týdnech)											
19	22	23	24	25	28	30	33	34	37	38	39
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2

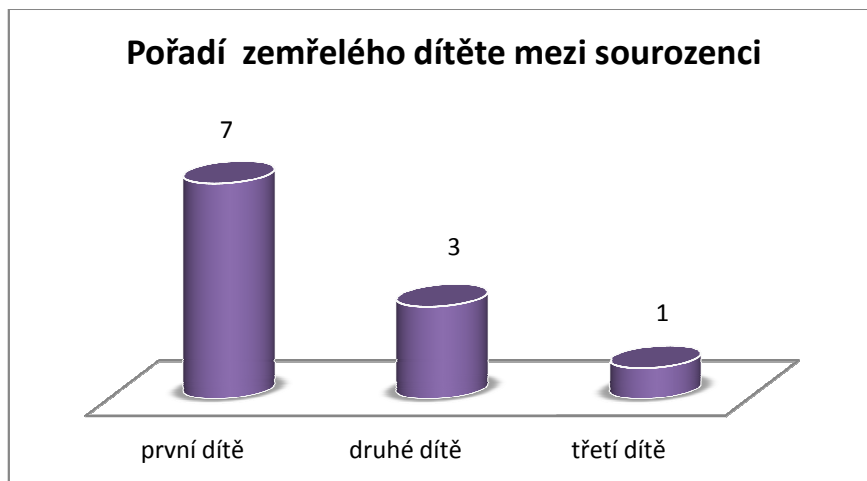
Tabulka č. 3 Gestační věk plodu v době úmrtí (v týdnech)

Dále jsem sledovala rodinný stav respondentek, počet dalších a pořadí zesnulého dítěte mezi sourozenci. Všechny respondentky jsou vdané a žijí v partnerském vztahu s otcem zesnulého dítěte. 3 respondentky žijí v bezdětném vztahu, 10 respondentek má další děti. Nejpočetnější rodina čítá 4 děti (1), nejčastější zastoupení má rodina se 3 dětmi (5).



Graf č.1 Počet dětí v rodině respondentek

Dalším faktorem, který mne zajímal, bylo pořadí zemřelého dítěte mezi sourozenci. Ve většině (7) se jednalo o první dítě, zastoupeno bylo také druhé dítě (3) a třetí dítě (1) v pořadí.



Graf č.2 *Pořadí zemřelého dítěte mezi sourozenci*

7. Etika výzkumu

Uvědomovala jsem si, že v rámci svého výzkumu budu zacházet s velmi citlivou tematikou a osobními údaji. Snažila jsem se respondentkám vytvořit takové podmínky, které by zajišťovaly bezpečí v několika úrovních. Důraz jsem kladla zejména na:

- Anonymitu respondentek – v prepisech rozhovorů byly odstraněny či změněny identifikující údaje (jméno, bydliště, porodnice, potenciálně identifikující souvislosti). Po přepsání rozhovoru byly audionahrávky smazány.
- Mlčenlivost výzkumnice ve vztahu k osobním údajům o účastnících výzkumu.
- Psychický komfort respondentek. Rozhovor byl realizován za výzkumným, nikoliv terapeutickým účelem. Pokud by se u respondentek objevily jakékoli psychické obtíže v souvislosti s probíraným tématem, nabízela jsem možnost poskytnutí kontaktu na specialistu v oboru psychoterapie.
- Respondentky měly právo kdykoli od výzkumné aktivity odstoupit.

Respondentky byly seznámeny s cílem výzkumu již v průvodním dopise a později znovu v rámci informovaného souhlasu, který každá respondentka podepsala. Průvodní dopis i znění informovaného souhlasu je součástí příloh této diplomové práce (Přílohy č. 1 a 2).

8. Kvalitativní analýza

8.1 Vizuální analogová škála

Vizuální analogová škála vyrovnávání se s perinatální ztrátou má sloužit jako doplňující metoda, která by měla ilustrovat či potvrdit interpretaci analýzy samotných rozhovorů. Zaměřila jsem se zejména na sledování subjektivního vnímání vyrovnání se se ztrátou a zmapování copingových strategií. Očekávala jsem, že vystihne a upřesní míru jejich podpůrného efektu a případně poukáže na faktory, které v rozhovoru zmíněny nebyly, přestože jejich podporující efekt byl pozitivní.

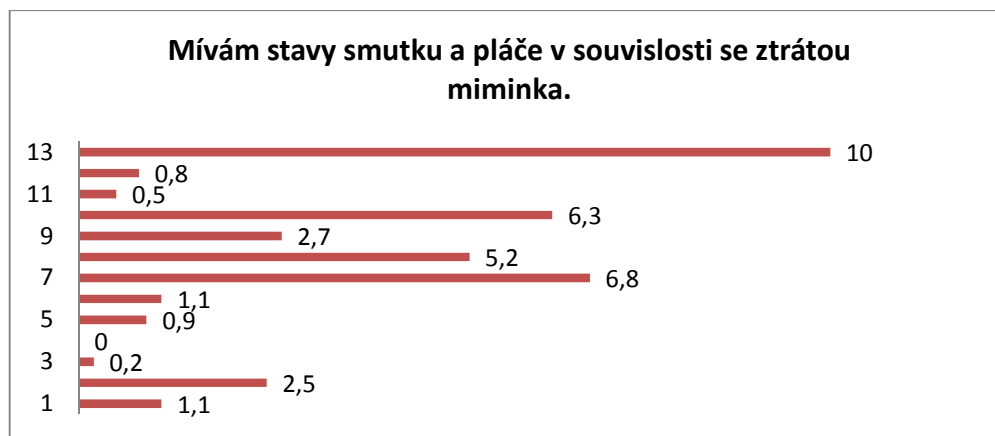
Výzkumný soubor neumožňuje žádná zobecnění, VAŠ proto slouží pouze pro dokreslení a potvrzení výstupů analýz rozhovorů a také jako prostředek validizace interpretovaných dat.

Úvodní 4 tvrzení vypovídají o subjektivním vnímání vyrovnanosti s perinatální ztrátou.

1. Mívám stavy smutku a pláče v souvislosti se ztrátou miminka.

Tato škála má vypovídat o míře emotivních stavů, které se po perinatální ztrátě objevují. Běžné jsou stavy zaplavujících emocí, přicházejících ve vlnách. Postupem času se tyto stavy zmírňují, až zcela vymizí. Jedním z faktorů, které to ovlivňuje, je čas, ale také míra integrace, popřípadě vliv disociativních mechanismů.

V případě této škály uvádí pouze 1 respondentka hodnotu 10 (velmi často). Tato respondentka však zažila perinatální ztrátu 9 týdnů před kontaktem s výzkumníkem. Tato hodnota je tedy ovlivněna teprve krátkým časovým odstupem od události a je naprosto v souladu s fází truchlení, ve které se nachází. 3 respondentky se pohybují na střední hodnotě škály, 9 respondentek spíše na spodní hranici škály (vůbec). Průměrná hodnota škály je 3,08, medián 1,1.



Graf č. 3 Škála č. 1

2. Vzpomínám na své děťátko, představuji si, jaké by bylo a jaký by život s ním byl.

Vzpomínky na děťátko, fantazie a představy o společném životě mapuje škála č. 2. Zde se hodnoty škály pohybují častěji blíže středu. Vzpomínky a představy o dítěti mohou být přítomné i u žen, které perinatální ztrátu dobře integrovaly, neměly by však mít podobu vtíravých představ. Nevýše (10) opět hodnotila respondentka s nejkratším časovým odstupem od události. Průměrná hodnota škály je 4,47, medián 4,7.

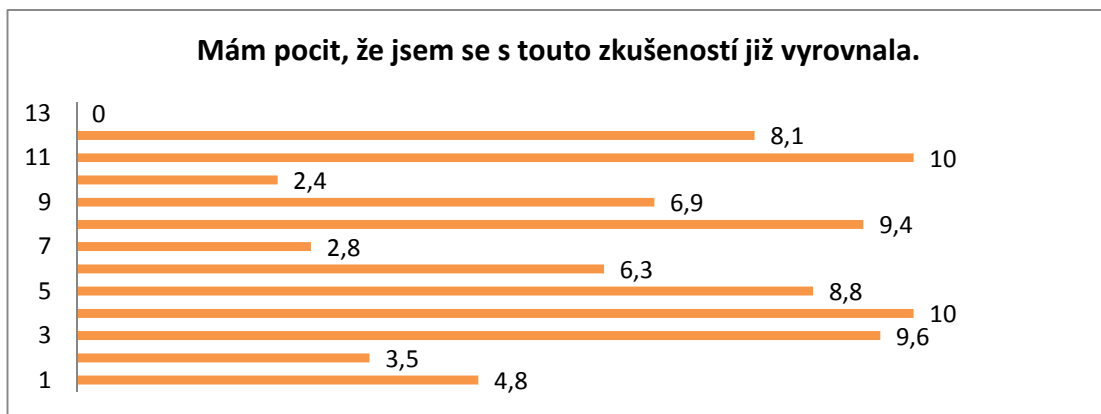


Graf č. 4 Škála č. 2

3. Mám pocit, že jsem se s touto zkušeností již vyrovnala.

Tato škála mapuje subjektivní pocit míry vyrovnání se se zkušeností perinatální ztráty. Hodnoty se pohybují spíše v horní polovině škály. Škála zastupuje kontinuum, kde hodnota 0

odpovídá „vůbec ne“ (tedy zcela nevyrovnána se zkušeností), hodnota 10 „ano, zcela“. Průměrná hodnota škály je 6,48, medián 4,9.



Graf č. 5 Škála č. 3

4. Nalézám na této zkušenosti také něco, co mne určitým způsobem obohatilo.

Škála č.4 mapuje nalezení smyslu či benefitu. I zde se hodnoty pohybují převážně ve druhé polovině škály, je zde však patrná větší polarizace hodnot. Respondentky buď benefit vnímají nebo ne, pouze 2 respondentky se pohybují na středové hodnotě škály. Průměrná hodnota škály je 5,63, medián 6,9.

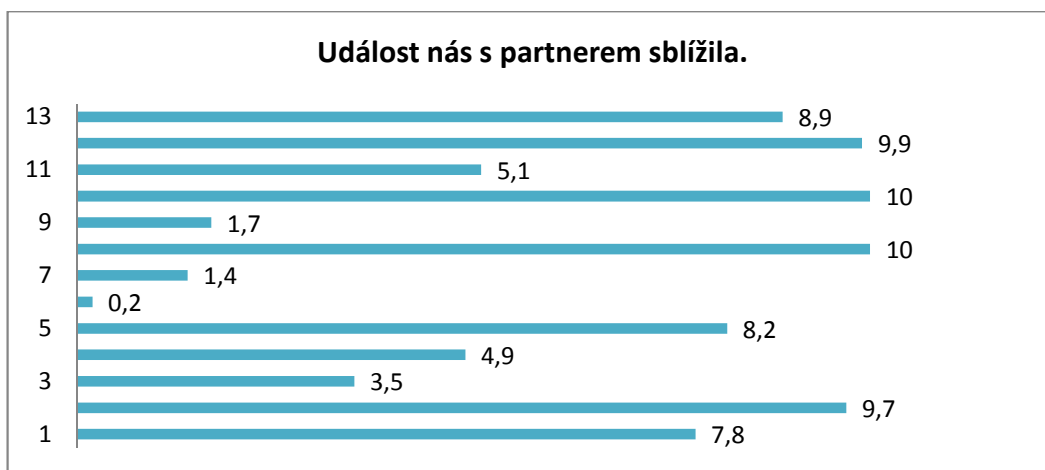


Graf č. 6 Škála č. 4

Škály 5 a 6 vypovídají o kvalitě podpory a společného prožívání ztráty s partnerem.

5. Událost nás s partnerem sblížila.

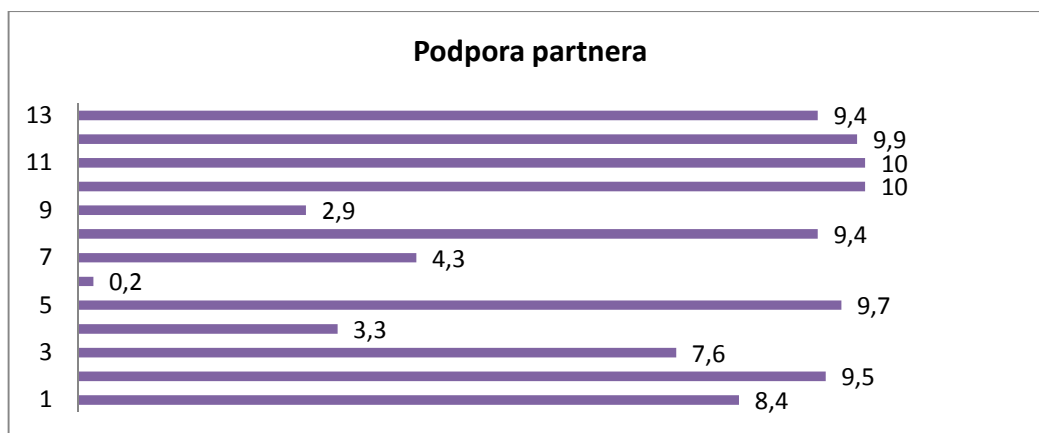
Hodnoty na této škále jsou také poměrně polarizované, pouze 2 respondentky se pohybují ve středových hodnotách. Většina respondentek (7) hodnotí přínos zkušenosti v tomto ohledu pozitivně. Průměrná hodnota škály je 6,13, medián 7,8.



Graf č. 7 Škála č. 5

6. Podpora partnera.

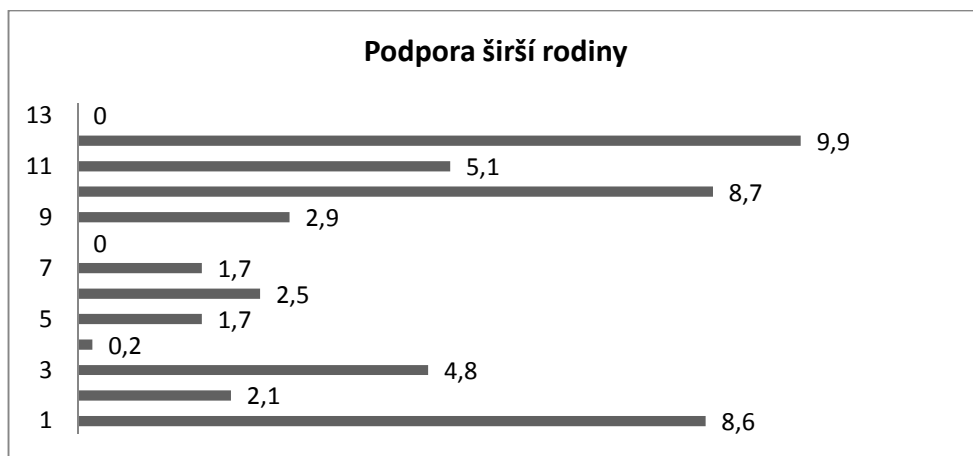
Také tato škála je spíše polarizovaná. Je patrné, že podpora partnera je pro respondentky významná, pokud ji dostávají a adekvátní podobě, hodnotí ji výrazně kladně. Pokud ji nedostávají, mají tendenci hodnotit podporu partnera výrazně negativně. Průměrná hodnota škály je 7,18, medián 9,4.



Graf č. 8 Škála č. 6

7. Podpora širší rodiny.

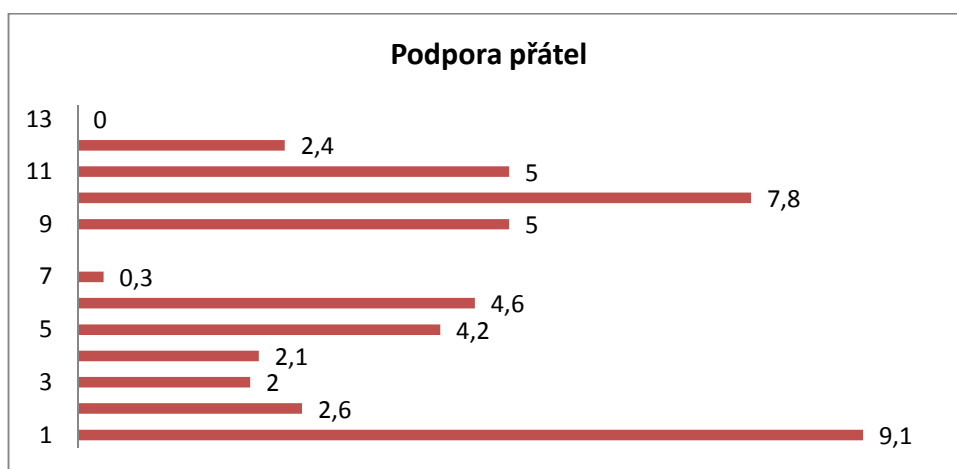
Na této škále je patrné, že podpora rodiny v souvislosti s perinatální ztrátou nebývá pro respondentky dostatečná. Tyto hodnoty korespondují s výpověďmi respondentek v rámci rozhovorů. Jen ve 3 případech je podpora rodiny hodnocena výrazně kladně. Průměrná hodnota škály je 3,3, medián 2,5.



Graf č. 9 Škála č. 7

8. Podpora přátel.

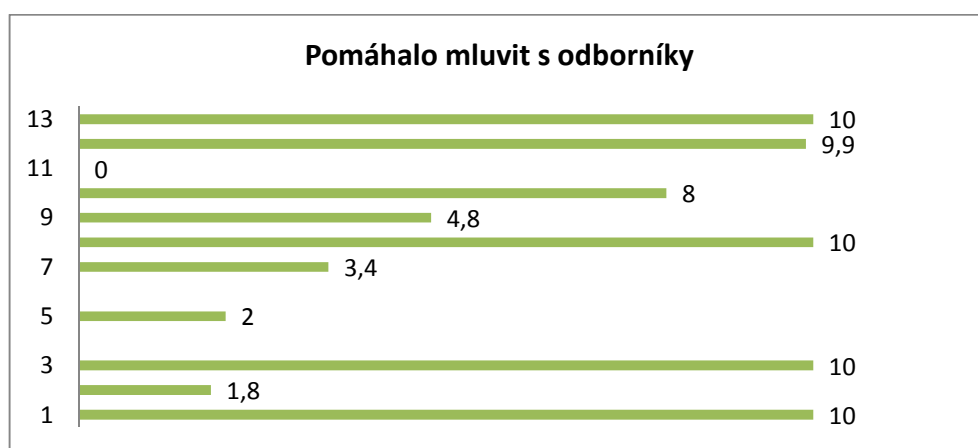
Na škále, posuzující podporu přátel, je zjevné, že se hodnocení respondentek pohybuje spíše kolem středové a nižší hodnoty. Pouze 2 respondentky hodnotí výrazně kladně. Také tyto výstupy korespondují s výsledky analýz rozhovorů. Průměrná hodnota škály je 3,27, medián 3,4.



Graf č. 10 Škála č. 8

9. Pomáhalo mluvit s odborníky (lékař, psycholog, terapeut, dula, apod.).

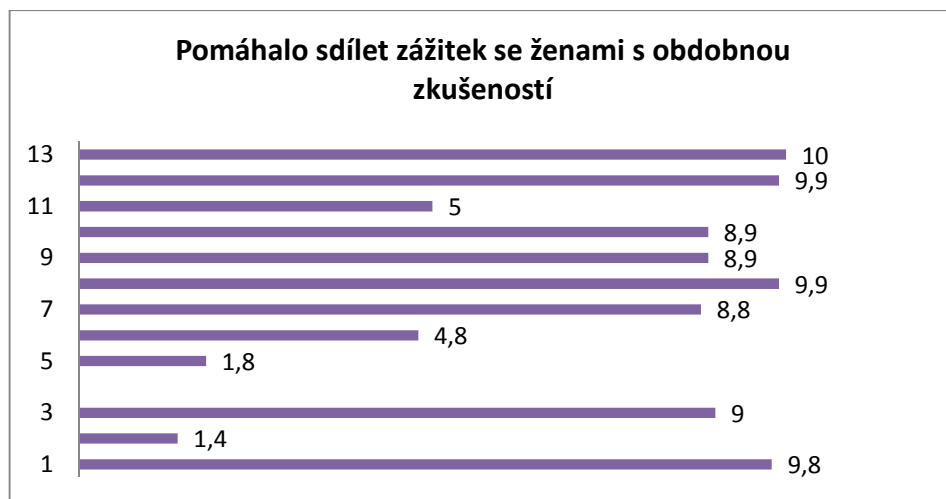
Následující škála vypovídá o efektivnosti podpory a pomoci odborníků, jak byla respondentkami vnímána. Také zde je patrná polarizace, což odpovídá zjištěním z jednotlivých rozhovorů. Pokud odborníci podávají informace srozumitelnou formou a s odpovídajícím přístupem a respektem, bývá tato podpora pro respondentky velmi významná. Pokud odborníci poskytují informace nedostatečně, nesrozumitelně či neadekvátním způsobem, může to být pro respondentky spíše zdrojem nejistoty či dokonce retraumatizace. V poznámkách 1 respondentka uvedla, že pomoha dula a psycholog, lékaři nikoliv („lékaře pod zem“). Jedna respondentka sdělovala, že nebylo s kým hovořit, a proto škálu nevyplnila. Průměrná hodnota škály je 5,99, medián 8.



Graf č. 11 Škála č. 9

10. Pomáhalo sdílet zážitek se ženami s obdobnou zkušeností (osobně, nebo např. na chatu či v internetových diskusích).

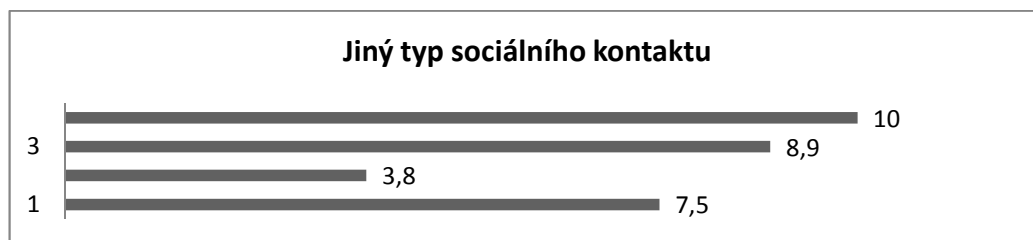
Tato škála vypovídá jednoznačně o pozitivním přínosu možnosti sdílení s jinými ženami s obdobnou zkušeností. 1 respondentka neměla možnost takového sdílení, a proto škálu nevyplnila. Průměrná hodnota škály je 7,13, medián 8,9.



Graf č. 12 Škála č. 10

11. Jiný typ sociálního kontaktu – jaký.....

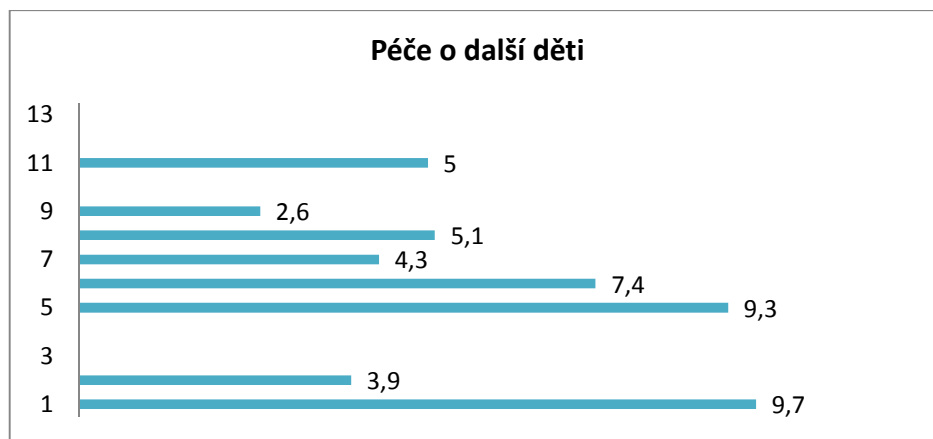
Tuto škálu vyplnily pouze 4 respondentky. Do volného pole uváděly: prožívání dalšího těhotenství s vrstevnicemi (7,5), kolegové v práci (3,8), začít volnočasovou aktivitu s cizími lidmi (8,9), sdílecí skupina a vlastní web (10). Průměrná hodnota škály je 7,55, medián 8,2.



Graf č. 13 Škála č. 11

12. Péče o další děti.

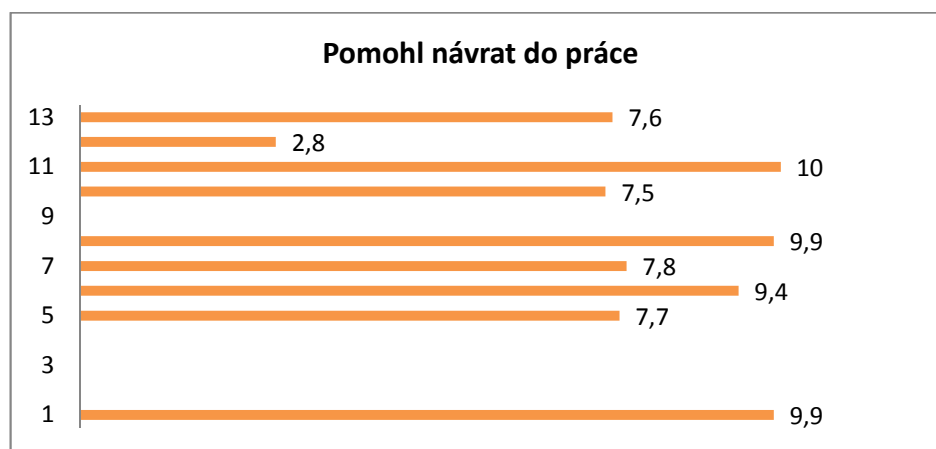
Tuto škálu vyplnilo 8 respondentek, které v době události pečovaly o další dítě nebo další dítě brzy očekávaly. Relativně nižší hodnoty korespondují se zjištěními analyzovaných rozhovorů. Respondentky zde uvádějí, že péče o dítě může být dobrým stabilizátorem ve smyslu návratu ke známým stereotypům, na druhou stranu se však jedná o náročnou aktivitu, vyžadující velkou míru pozornosti, kterou však respondentka potřebuje upnout jinam, k vlastnímu procesu truchlení. Průměrná hodnota škály je 5,37, medián 5,05.



Graf č. 14 Škála č. 12

13. Pomohl mi návrat do práce.

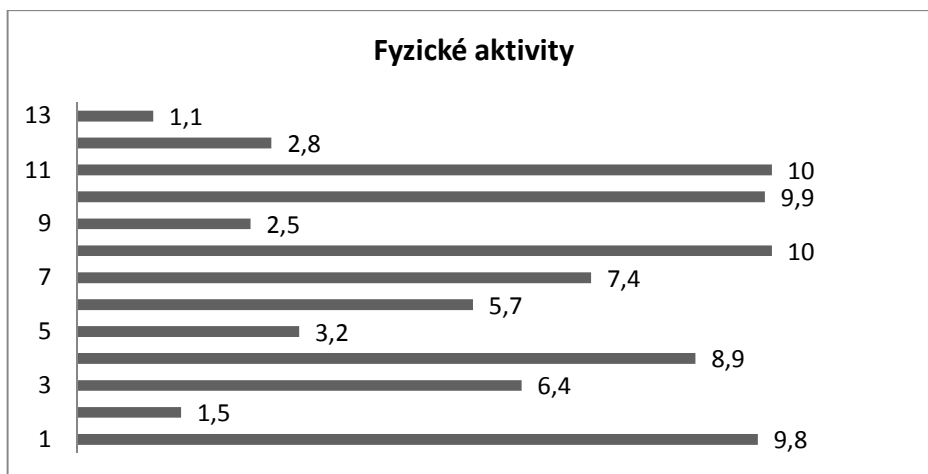
Tuto škálu vyplnilo 9 respondentek, které se po události vracely alespoň částečně do pracovního kolektivu. V drtivé většině tento krok hodnotily pozitivně. Průměrná hodnota škály je 7,84, medián 7,8.



Graf č. 15 Škála č. 13

14. Fyzické aktivity (sport, procházky, zahrádka...).

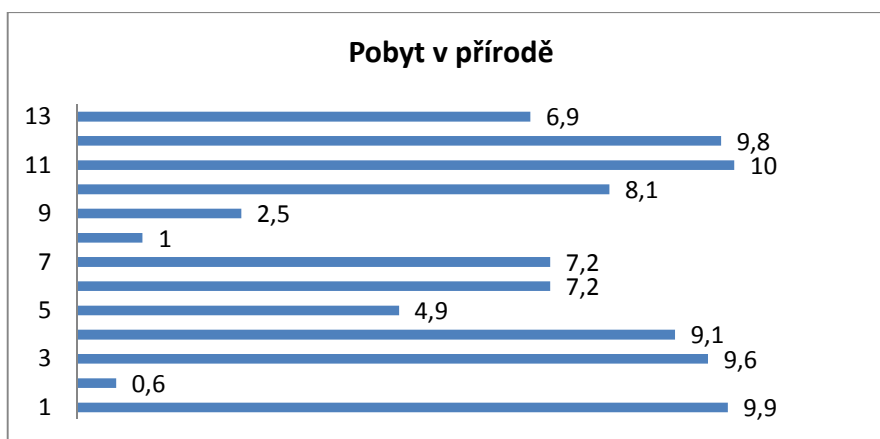
Průměrná hodnota škály je 5,78, medián 6,4.



Graf č. 16 Škála č. 14

15. Pobyt v přírodě.

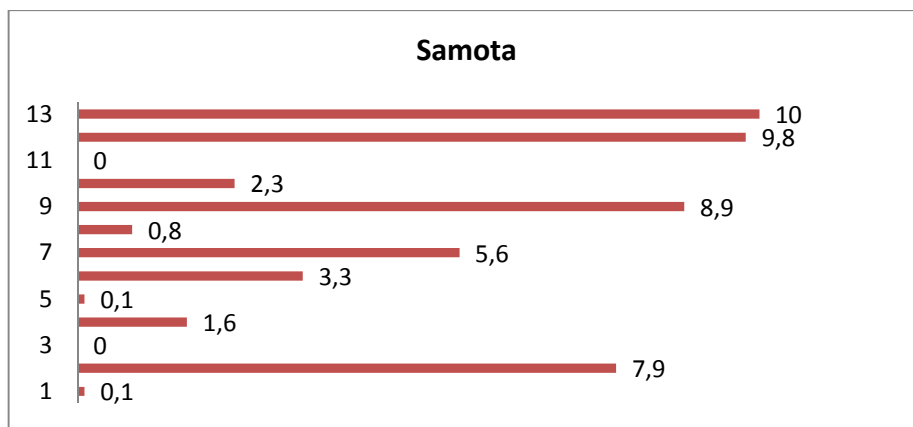
Průměrná hodnota škály je 6,41, medián 7,2.



Graf č. 17 Škála č. 15

16. Samota.

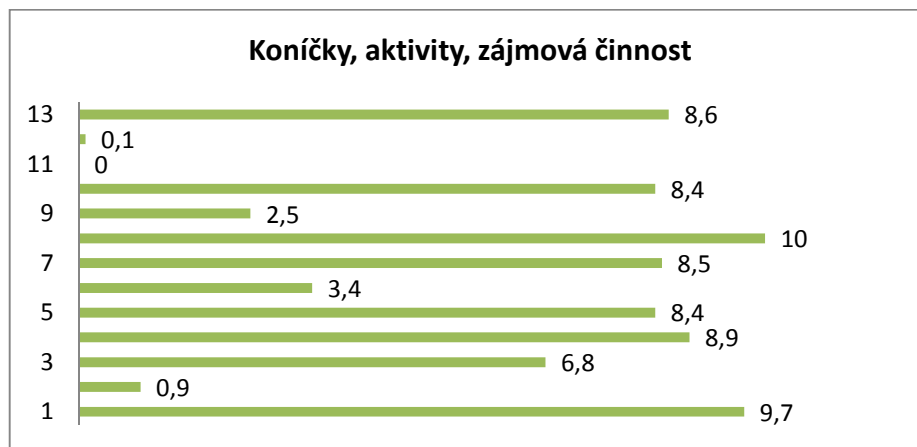
Na této škále je možné opět sledovat větší polarizaci. 4 respondentky hodnotí velmi kladně (2 velmi výrazně), ostatní respondentky se samotě snažily spíše vyhybat a hledaly jiný způsob copingu. Průměrná hodnota škály je 4,9, medián 2,3.



Graf č. 18 Škála č. 16

17. Koníčky, aktivity, zájmová činnost - jaká nejvíc

Tento typ aktivity byl respondentkami hodnocen poměrně kladně. Je patrná opětovně také polarizace, 5 respondentek z této aktivity nečerpá, jednou se objevuje středová hodnota a 6 respondentek hodnotí výrazně kladně. Jako podpůrné aktivity uvádějí: umění, vlastní vyjádření v tvorbě (3x), masérský kurz, četba knih (3x), hudba, zumba. Průměrná hodnota škály je 5,54, medián 8,4.



Graf č. 19 Škála č. 17

18. Nalezení nového životního směřování.

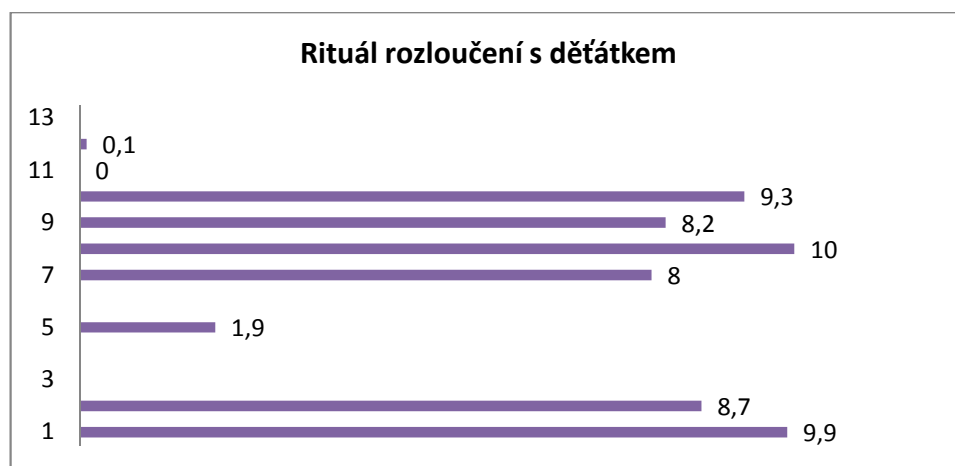
Tuto škálu vyplnilo 7 respondentek s relativně vysokým hodnocením a 3 respondentky hodnotily 0. 3 respondentky nehodnotily. Pokud byly respondentky schopny vnímat tento druh benefitu, hodnotily jej pozitivně (průměrná hodnota pozitivních hodnocení by byla 7,37). Průměrná hodnota škály je 5,16, medián 5,35.



Graf č. 20 Škála č. 18

19. Rituál rozloučení s dětátkem.

Tuto škálu hodnotilo 9 respondentek. 1 respondentka komentovala se slovy, že se rozloučení nekonalo a že tohoto lituje, domnívá se, že by jí rozloučení bývalo pomohlo. 2 respondentky, které hodnotily 0 a 0,1 rozloučení neabsolvovaly. 1 respondentka rozloučením prošla, ale nebylo jí velkým přínosem (1,9), později uváděla, že se nekonalo v pro ni vhodnou dobu (potřebovala ho později, jinak). Je patrné, že pokud respondentky rozloučením s dítětem prošly, hodnotí jej pozitivně jako významný krok, což také koresponduje s výsledky analýz. Průměrná hodnota škály je 6,13, medián 7,8.

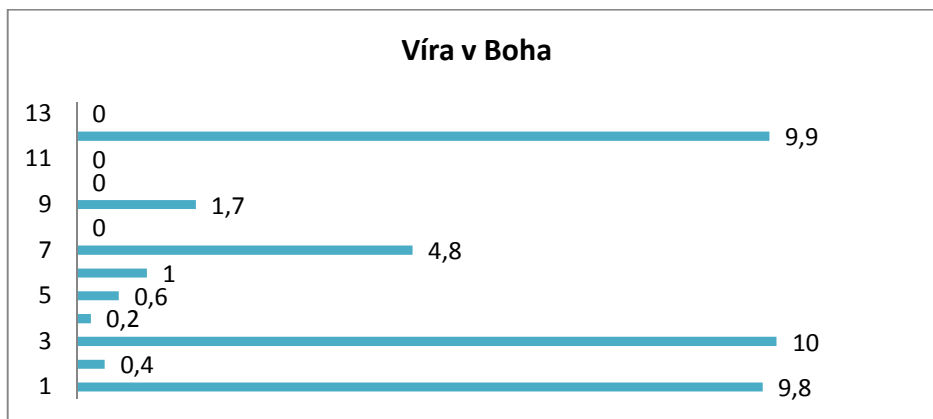


Graf č. 21 Škála č. 19

20. Víra v Boha.

Tuto škálu hodnotily všechny respondentky. V drtivé většině ji hodnotí extrémně nízko. V rámci komentářů bylo zjevné, že formulace škály budila dojem tradičního náboženského přístupu. Jako takovou ji respondentky hodnotily. 3 respondentky hodnotily

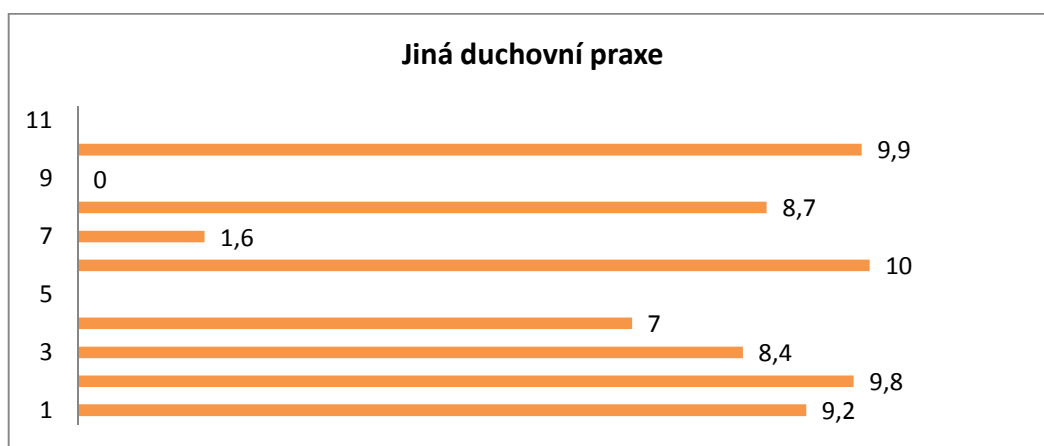
výrazně vysoko, jejich spiritualita koresponduje s tradiční náboženskou křesťanskou formou. Průměrná hodnota škály je 2,38, medián 0,6.



Graf č. 22 Škála č. 20

21. Jiná duchovní praxe – jaká.....

Tato škála umožňovala respondentkám vyjádřit míru podporujícího efektu jejich spirituality, která je odlišná od tradičního náboženského pojetí. Hodnotilo celkem 9 respondentek, z toho 1 respondentka uvedla 0 (nevěří v nic takového) a 1 respondentka uváděla hodnotu 1,6 (židovství). Formu své duchovní praxe upřesňovaly respondentky takto: vnímání duchovního rozměru situace, nalezení sebe sama, hluboké sebepoznání, četba duchovní literatury, nechat dítě „odejít“, komunikace s anděly, rodinné konstelace. Poměrně vysoká průměrná hodnota škály vypovídá o významu spirituální aspektu pro vyrovnávání se s perinatální ztrátou. Průměrná hodnota škály je 7,18, medián 8,7.



Graf č. 23 Škála č. 21

Volné škály

VAŠ nabízela také 3 prázdné škály pro vyjádření subjektivně významných aspektů, které nebylo možné zařadit do nastavených kategorií škál, a přitom se jednalo o významné podpůrné faktory. 8 respondentek tuto možnost využilo a popsalo vlastní škálu. Hodnocení těchto škál bylo v drtivé většině velmi pozitivní. Jedna škála byla hodnocena číslem 1,2, vyjadřovala však aspekt, který nepomáhal, a respondentka považovala za důležité jej zmínit („přesvědčování ostatních o šťastné budoucnosti“). Průměrná hodnota těchto subjektivních škál je 8,59, medián 9,1.

Škály vyjadřovaly následující aspekty:

- Terapie.
- Techniky práce s dechem.
- Vymýšlení zajímavých činností pro děti, tvorba básní.
- Čas (samo odezní).
- Soužití se zvířaty.
- Postupování v souladu s rituály (židovství).
- Četba Empty Cradle (pozn. - informace pro rodiče zemřelých dětí).
- Čas.
- Sdílení s partnerem, ve smyslu duchovního rozměru.
- Jóga, cvičení, meditace, relaxace.
- Nové těhotenství.
- Pomoc ostatním se stejnou situací.
- Další dítě.
- Přesvědčování ostatních o šťastné budoucnosti.

8.2 Rozhovory

8.2.1 Výzkumná otázka č.1

❖ Jaké podoby má prožívání události perinatální ztráty:

Odověď na tuto otázku jsem hledala ve čtyřech různých aspektech, které prožívání charakterizují. Jednak je to oblast emočního a tělesného prožívání, oblast kognitivní a informační, dále sociální a také spirituální aspekt této zkušenosti. Do jisté míry se tyto aspekty vzájemně prolínají, ale abych zachovala přehlednost výstupů, budu se držet této struktury.

❖ Emoční a tělesné prožívání

Většina respondentek (7) uvádí, že po sdělení zprávy zažívá **šok**, stav oddělení se od reality, derealizace, pocit „to nemůže být pravda“. V tomto momentě bylo možné sledovat u některých respondentek (2) výrazné **disociační tendence**, které mohou vést až k odštěpení ztráty. Nicméně nějaké, poměrně krátké období šoku, typické **nepřítomností emocí, popřením skutečnosti**, je normální reakcí na tuto výrazně zátěžovou situaci, jak je uvedeno výše v teoretické části. V teoretické části je popisována panika, vztek, předrážděnost či úzkost s odpovídajícím somatickým doprovodem, impulzivita a iracionální útkové chování, záchvaty pláče a neschopnost spánku. Ženy popisují také **derealizační a depersonalizační tendence s pocity**, jakoby se to nedělo jim, bylo to jako ve snu, nebyla to pravda.

„Nevěřila jsem jim. Pro mě to bylo úplně nepochopitelný, proč by mělo naprosto zdravý dítě v 8. měsíci zemřít. Já jim nevěřila. Asi pak to, co cejtěj asi všichni... Naprostá bezmoc, zoufalství, hysterie, ale taková ta tichá, ne že bych tam křičela. Pocit, že je konec, jako že je konec se mnou.“
(Lenka)

„Já to hlavně chtěla mít rychle za sebou a být už doma.“ (Kristýna)

„Já jsem byla nesmírně natěšená na to děťátko. To dítě bylo vítané.. Byla jsem okouzlená, zavalená ideály. ... já byla tak, tak naladěná, tak natěšená, že všechno proběhne v pořádku a skončí přirozeným porodem... že mám všechno nastudovaný... A teď jsem ležela úplně jak... ponížená... hloupá... nevěděla jsem, co bude, jestli mě budou za chvíli operovat... ale vůbec jsem se na sebe nezlobila... nemohla jsem tomu uvěřit... bála jsem se dotknout svého břicha.“ (Lada)

„Byl to určitě šok, ale já jsem už nepotřebovala čekat na toho druhého doktora, který by to potvrdil, protože jsem to vnitřně už věděla, že jsem ty pohyby necítila a že to tak prostě je. Ale v myšlenkách nebyl moc prostor na to, proč se to stalo právě mně, jak to, že tak zdravé miminko zemřelo, ale spíše mi naskakovaly ty technické věci. Jako že nebudeme mít se ségrou ty skoro dvojčata, že budu muset hledat tu novou práci, co s tím kočárkem a tak...“ (Markéta)

„Ale pak to přišlo, bylo to nečekaný, byl to šok, zoufalství. Potom přišlo šestinedělí a to vůbec nevím, jak jsem prožila. To vůbec nevím...“ (Silvie)

„Nevím teda, jak to maj jiný maminky, ale já si nějakou dobu přála, abych umřela já, místo něho...“ (Lenka)

„...no vlastně v podstatě to byl takový šok, že jsem se pohybovala jako stroj, že se máte převlíct, že dostanete takový různý ty, no..., sedativa, proti srážlivosti, nohy do těch. Takže já vím, že od té doby uplynuly asi tři hodiny, já si je vůbec nepamatuju. Pro mě to bylo jako čtvrt hodiny, chtělo se mi strašně utéct.“ (Petra)

Následuje moment objevení se emocí, často respondentky uvádějí **bezmoc, zoufalství, smutek, prázdnotu, pláč.**

„To je zvláštní, jako že někdo umřel, ale měla jsem pocit, že jsem umřela já. Jak je to miminko součástí vás, tak nemáte pocit, že umřel ne někdo vedle, ale vy. Snažila jsem se to porovnat, když mi umřela matka, ale srovnat se to nedalo. Pamatuji si na strašnej pocit prázdnoty a naprostou chuť nežít. Vybavuje se mi, jak jsem měla ty porodní bolesti a oni si vás vlastně nevšimli, tak jsem měla chuť skočit z okna. Neviděla jsem nic, proč bych měla dál žít. Nic, co by bylo přede mnou...“ (Slávka)

„...jen se mi hlavou pořád honilo, že jsem měla umřít já, ne on. Vlastně všechno skončilo... že tady nechci bejt... ta šíravá bolest, ta se nedala vydržet. Ten pocit, že tady nechci bejt... né se zabít.“ (Lenka)

„Nechtěla jsem tomu uvěřit, pořád jsem si říkala, že to není možný, že je to jen špatnej sen... Při tom porodu se to ale zhouplo do fáze, že to chci mít rychle za sebou, ukončený a zažít žít znovu. Dál. Ale to samozřejmě tak jednoduše nešlo... prostě nešlo... Beznaděj, zoufalství...“ (Silvie)

„Já jsem hned vyhrkla v pláč. Hned jsem si uvědomila, že jsme měli jít na to umělé oplodnění a teď jako tohle... tak dlouho jsme na to čekali, a teď znova...“ (Táňa)

„...fázi, která se vyznačovala ztrátou, úzkostí a bolestí. Kdy jsem potřebovala vysvětlení, přijetí a čas na zahojení.“ (Martina)

Pokud zažijí respondentky v danou chvíli **respektující a podporující reakci okolí**, mohou vyjádřit své emoce, mohou být se svým zármutkem v kontaktu, snadněji a efektivněji se mohou posunout k další fázi procesu truchlení. Pokud je reakce okolí, ať už zdravotnického personálu nebo partnera, neadekvátní a nepodporující, mohou být tak podpořeny spíše disociativní tendence.

Objevuje se také pocit **osamocení, opuštění a pocity viny**.

*„Nejtěžší pro mě byly ty 2 hodiny po porodu, kdy jsem tam byla sama, mamka už odešla.“
(Táňa)*

„Tak jsem se probudila s obrovským pocitem viny, že jsem to způsobila v podstatě já. Tak to byl asi nejsilnější pocit.“ (Petra)

„Pak jsem měla hrozný výčitky svědomí, že to byl chlapeček a já si moc přála holčičku. To jsem si moc vyčítala. Obviňovala jsem se, že si za to můžu sama. Nechtěla jsi to tak, jak to bylo, jsem si říkala.“ (Ester)

„To je takový nepopsatelný. Nebo takový, jako zvířecí bolest, jak jsem někde četla. Já myslím, že se asi nic horšího stát nemůže. Ne asi, ale určitě. Potom možná ztráta většího dítěte. No a pak je to takový, jak jde čas. No ale nejvíc hodnotím, že jsem mohla křičet, protože to se v naší kultuře moc nenosí.“ (Petra)

„Cejtla jsem se v tu chvíli vinna, za to, že jsem měla něco udělat, když jsem v sobě cítila ten divnej pocit, že jsem měla všeho nechat a hned něco udělat.“ (Ester)

„...mluvil o té šňůře, tak reagoval naprosto rychle a spontánně, že i kdybych přišla dřív, oni by na to nepřišli, neviděli by to a nic by s tím neudělali. To mě hodně uklidnilo, protože to nebyla žádná kalkulovaná odpověď, která mě měla uklidnit, ale bylo to naprosto spontánní.“ (Markéta)

„Pocit selhání, popírala jsem tu skutečnost, částečně zlehčovala, částečně jsem nevěřila, že je tomu tak. Byla to směs. Pár hodin mi trvalo, než jsem to přijala.“ (Martina)

Někdy neosobní nemocniční prostředí může vést k tomu, že emoční reakce je potlačena a může se poté spontánně projevit po příchodu domů, do bezpečnějšího prostředí. Řada žen (6 respondentek) uvádí, že se **teprve v domácím prostředí vynořuje realita ztráty**, objevují se vlny smutku, pocit opuštění, bolesti ze ztráty. V prostředí domova je jednodušší být v kontaktu se svým smutkem a projevovat emoce, smutnit a plakat. Tato fáze může být různě dlouhá, je však patrná obecná tendence, že okolí ženy tuto fázi často nedokáže akceptovat po tak dlouhou dobu, jak by žena sama potřebovala.

„Prvotní šok, u mě ve formě otupění, potom nějaké to uvědomění si toho faktu, potom to bylo týden, dva... jsme byli u mých rodičů a tam přišlo jakési smíření v tom smyslu, že se to opravdu stalo, že se to nevrátí, že to nebyl sen.“ (Markéta)

„A v podstatě mi to došlo asi tak po tejdnu, když jsem doma zůstala opravdu sama, do té doby tam se mnou pořád někdo byl. No a tím začalo krušné období depresí, před kterým jsem se neměla jak uchránit, jak utýct. Prostě to na mě dolehlo.“ (Petra)

„...po té smutné události jsem ještě 2-3 měsíce nemohla fungovat. Nešlo a všichni okolo mě utěšovali, že jsou na světě horší věci, ať se už vzchopím, ale já nemohla, pro mě to bylo hodně reálný, já to dítě nosila, cítila a viděla... Doteď jsou pro mě ty výroční dny fakt drsný, no...“ (Ester)

„Když jsem přišla domů, tak jsem začala teprve pořádně brečet... V té porodnici to byly takové tiché slzy, ale doma to propuklo v hysterický pláč.“ (Markéta)

„Přijela jsem domů a tam byla připravená postýlka a všechny věcičky. Já jsem to musela nějak uklidit. Ale nebyla jsem schopná, všechno se mi vracelo... Člověk cítil pohyby, všechno bylo v pořádku a najednou není nic, úplná prázdnota. To bylo strašný.“ (Táňa)

„Velmi těžké období. Začalo mi téct mateřské mléko a nebylo k zastavení po dva měsíce. Cítila jsem naprostou ztrátu energie, vnímala jsem životní vyčerpání, neměla jsem chuť pokračovat dál, přestala jsem jíst, stále jsem mlčela a kdykoliv nekontrolovatelně mi tekly slzy.“ (Martina)

„Doma mi asi nejvíc pomohlo, že jsem se mohla zavřít do toho pokoje, zalézt do té postele a být tam. Strašně dlouho taky trvalo, než jsem v sobě našla energii pro to moje starší dítě. Rodina měla pocit, že na vše rychle zapomenou, když mi to moje starší dítě vrazí a já se nějak odreaguju. Ale já na to neměla vůbec sílu. Samozřejmě jsem nějak fungovala, ale potřebovala spíš zůstat sama se sebou, zavřená a oddělená.“ (Ester)

„Že je s tím člověk sám... naprosto a úplně... občas přišli na návštěvu kamarádi. I doma jsem se cejtila hodně sama. V nemocnici mě hodně napadalo, že až se vrátím, tak se rozvedu. A nebudu mít další dítě...“ (Slávka)

„Chyběly informace, že je celkem běžné a i přirozené cítit takovou bolest ze ztráty. Okolí se chovalo, jako bych už byla v pořádku, přežila jsem, jsem mladá a to bude dobré. Dlouho mi trvalo vzhledem k mému mladému věku uvědomit si, že trpím depresí, kterou nejsem schopna jen tak odložit.“ (Martina)

Objevuje se také **hněv a agrese**, která může být zaměřená jednak vůči sobě (ve spojení s pocitem viny) a jednak vůči okolí. Respondentky (4) popisovaly pocity hněvu či nenávisti vůči jiným těhotným ženám, novorozencům, kontakt s nimi byl pro ně zraňující. Za tyto emoce se ženy často stydí a nesdílejí je.

„Navštívila mě před 3 týdny kamarádka s tříměsíčním miminkem, asi ji to navrhl manžel a ani mi to nevadilo, ale když před pár dny porodila sestra, zhroutila jsem se a skončila jsem v krizovém centru na 4 dny. No takže jsem to období hodně proplakala a strávila hledáním informací o tom.“ (Markéta)

„Ale pak porodila ta sestra a já neviděla ani tu úlevu v tom, že si vezmu prášek. Jediné východisko pro mě bylo to, že buď umřu já, nebo má umřít to její dítě. Aby to bylo v nějaký rovnováze... To jsem byla opravdu úplně na dně. Ale od té doby se to zlepšuje.“ (Markéta)

Některé potlačené či nevyjádřené emoce se mohou projevovat také v **somatické oblasti**.

„Hodně jsem to prožívala bolestivě i po té psychické, ale i fyzické stránce... Vše se projevilo i v tom prožívání, samozřejmě i komplikace po tom potratu. Spíš psychosomatické. Zavinování dělohy bylo utrpení, třeba po tom třetím porodu, těhotenství to bylo srovnatelné.“ (Lada)

„...asi jak mi chyběla ta krev... políval mě studený pot, ale myslím, že to bylo psychickýho původu, pak se mi teda udělalo líp, když jsem začala brát ty vitamíny...“ (Vanda)

„Až v té druhé půlce šestinedělí jsem opravdu silně krvácela. Byly snad litry krve. Musela jsem to zastavit až léky. A pak po 2 – 3 týdnech mě začali doprovázet bolesti hlavy. Celé těhotenství jsem žádné migrény neměla, hlava mě nebolela. Poprvé to přišlo, když jsem se rozhodla uvařit pro rodinu oběd. Taková nějaká zodpovědnost to asi spustila... že něco musím... Ano, ač jsem v práci byla zvyklá na různé stresové situace, tak potom při jakékoliv výchylce jsem byla naprosto rozhozená, nedokázala jsem normálně fungovat.“ (Markéta)

„Jistě jsem prodělala poporodní depresi, trpěla jsem úzkostí a velkou bolestí u srdce.“ (Martina)

Může se stát, že emoce, které se vynořují, jsou tak výrazné, že aktivují takové **psychické obranné mechanismy, které vedou právě k odštěpení**, zamrznutí emocí, ztrátě kontaktu se zkušeností ztráty. Nejvíce uváděnými disociativními tendencemi jsou impuls jít domů, rychle zapomenout. Také v rámci rozhovoru jsou tyto tendence patrné v zaměření se na technický popis události, odosobněnost respondentky a nepřítomnost emocí.

„Pomáhalo? Ani ne, já řešila ty praktický věci týkající se hlídání, abych mohla nastoupit do nemocnice. Asi jen automaticky. Potom jsem se jen podívala na internet a sháněla informace o tý diagnóze a zjistila, že ta úmrtnost dětí s touhle diagnózou je opravdu 99%. Tím se potvrdila jen to, že to chci udělat správně...“ (Kristýna)

„Nepomáhala mi nic. Jen pocit sebezáchovy mě držel nad vodou, chtěla jsem už mít vše za sebou a odejít domů. Přežít.“ (Martina)

„Tak ono nebylo vcelku co komunikovat. Na začátku mi sdělili tu diagnózu, pak přišli na závěr toho porodu a ještě mě vyšetřovali před nasazením antibiotik. To proběhlo bez problémů. Mně bylo všechno jasný, tam nebylo co komunikovat.“ (Kristýna)

❖ **Prožívání ztráty v oblasti kognitivní a informační**

Kognitivní aspekt zahrnuje oblast myšlení. Sledovala jsem, jak respondentky situaci uchopují, jak jí rozumí, jak přemýšlí o událostech, kterými procházejí. I v této oblasti je patrná prvotní šoková reakce, kde se může objevit **derealizace, depersonalizace, bradypsychismus**. Délku trvání této reakce, pokud ji konkretizují, uvádějí respondentky různě, 1 respondentka zmiňuje týden, 1 respondentka 2-3 týdny.

„Prvotní šok, u mě ve formě otupění, potom nějaké to uvědomění si toho faktu, potom to bylo týden, dva... jsme byli u mých rodičů a tam přišlo jakési smíření v tom smyslu, že se to opravdu stalo, že se to nevrátí, že to nebyl sen.“ (Markéta)

„...jednak mě asi nadopovali všema různýma sedativama, takže mi nic moc nedocházelo. Vlastně celý pobyt v té porodnici mi moc nedocházel. První šok byl samozřejmě strašnej.“ (Petra)

„Mně se to pořád točilo všechno v hlavě a vůbec mi to nedocházelo. Jen se mi to všechno točilo pořád v hlavě.. byla jsem strašně v šoku.. dokonce jsem napsala i všem blízkým smsku, to ani nechápu, jak jsem dokázala tu smsku napsat. Že jsem vůbec, ani když mi někdo něco říkal, tak jsem ho vůbec nevnímala.“ (Vanda)

Jedna z respondentek charakterizovala prvotní reakci v rámci derealizace také jako **ztrátu vnímaného bezpečí v kontextu zdravotnického zařízení**.

„...a ta druhá maminka ta čekala jednovaječná dvojčata a ta ten večer přišla o „jedno“ miminko. Potom přišla na návštěvu, ale to vím jen z vyprávění, a byla šťastná, že jí alespoň to jedno zůstalo. Tak jsem si tak v duchu říkala, kde to jsem... 2 miminka během jednoho dne takhle odejdou... jak se to přihodí... člověk si říkával, že si vybral fakultní nemocnici, a pak tohle.“ (Táňa)

U 2 respondentek bylo patrné **odosobněné zaměření na technické detaily**, některé respondentky (3) se zaobíraly přemýšlením o důvodech, příčinách ztráty.

„Hlavně mě zajímaly informace týkající se té infekce. My jsme totiž měli celá rodina nějakou infekci, tak mě zajímalo, co to bylo. Mně i plodu bylo odebráno spoustu vzorků, tak mě zajímalo, jestli to nebylo něco vážného, jestli se nemáme celá rodina náhodou přeléčit. Než jsem odcházela domů, výsledky ještě nebyly. Tak jsem se potom sháněla hodně po těch informacích.. chtěla jsem něco konkrétně.. možná to byl nákej virus...“ (Kristýna)

„Ne, žádnéj nález, vše bylo v pořádku. A já bych potřebovala znát viníka... znát ten důvod, ne viníka, doteď mi to nikdo neřekl.“ (Silvie)

Dalším výrazným aspektem je oblast **informační**. Sledovala jsem, zda respondentky měly dostatek informací, zda byly srozumitelné, v jaké podobě. V této oblasti uváděly respondentky (celkem 10 ze 13 respondentek) významné nedostatky. V teoretické části uvádím, že v situaci akutní stresové reakce je běžná výrazně **snížená schopnost porozumět verbálním sdělením**, může se objevit zmatenost a zkreslené vnímání, zhoršené komunikační a rozhodovací schopnosti, neschopnost porozumět svému chování a jeho důsledkům. Zdravotnický personál by měl přizpůsobit formu a obsah předávané informace dané situace a stavu, ve kterém se žena nachází, podávat informace srozumitelně a v adekvátním množství, opakovaně. Pokud tak neučiní, ženy mohou mít pocit subjektivního nedostatku informací. Tak vysoký počet žen, které vnímaly nedostatek informací ze strany zdravotníků, si vysvětlují právě tímto způsobem, t.j. nerespektováním snížených kognitivních schopností žen v této extrémní zátěžové situaci.

„Všechno jsem si musela zjišťovat sama, na vše si přicházet sama.“ (Slávka)

„ ...možná mi vložili tabletu, možná prostaglandin, ale to já bohužel nevím, protože ani toto mi ti zdravotníci neřekli a to se vlastně prolíná celým tímto příběhem...“ (Lada)

„Z ničeho nic... Najednou úplná beznaděj, i to, že ty informace nejsou. Ještě že tam ty ženské někde na Modrém koníkoví, nebo na e-mimi, nebo modrém koníkoví píšou, co a jak dlouho trvá, protože nikde ty informace nejsou.“ (Markéta)

„V nemocnici určitě ano, ale jen co se týká mého zdravotního stavu. Ale co se týká psychiky, tam bohužel vůbec žádné nebyly, a to mi moc chybělo. Až ta Prázdná kolíbka...“ (Markéta)

„Chyběly mi informace. Že si to člověk musí takhle hledat. Chtěla bych k nim mít lepší přístup. Zpětně mě hrozně štve, že ty informace nikde nejsou pro těhotné, nechci je ale stresovat... Ale... Proč

to v těch knížkách, ve Velké knize o mateřství není napsáno, že se i toto může stát, že je v ČR 3 promile těchhle úmrtí. Já to vůbec netušila, že se tohle stává.“ (Markéta)

„Informací bylo dost. Nemůžu říct, že já... Já je ale nevnímala, tak je dostával můj manžel. A mně je potom tlumočil, tak jsem je měla zprostředkovaně. Prvotní informace o tom, že to bude přirozenej porod, že mi neudělaj císaře, mě hodně šokovala, ale dnes jsem jim nesmírně vděčná za to, že jsem rodila přirozeně.“ (Lenka)

„Na příjmu mi pan doktor řekl, že tohle je průser a že to nevypadá vůbec dobře. Ale pak nás předal na ten porodní sál a tam přišel druhý pan doktor a tam nám to všechno podrobně vysvětlili, asi tak, jak se má.“ (Silvie)

3 respondentky si stěžovaly na **protichůdné informace** ze strany personálu, což vnímaly jako matoucí a **znejišťující**.

„Právě že jsem neměla informace žádný. Dostala jsem prášky na zastavení laktace, ale vůbec jsem netušila, za jak dlouho by se to mělo zastavit. Ačkoliv mi bylo už 34 let, nechodila jsem často ke gynekologovi a ani jsem netušila, kdy po porodu k němu zase musím. Někde jsem se potom dočetla, že by to mělo bejt za těch 6 tejdnu. Nebo tak, že by řekli něco jinýho... Jediný, co mi lékař řekl při odchodu, bylo, že nesmím rok otěhotnět. Jakmile se ale za doktorem zavřely dveře, přistoupila ke mně sestřička a řekla mi, že oni to sice musí takhle říkat, ale jediný, co mi pomůže, abych se nezbláznila, je počít další dítě.“ (Slávka)

„...ale když jsem volala do nemocnice, co mám dělat, řekli, ať tolik nepiju, což bylo hodně protichůdný. Nejdřív jsem měla hodně pít, abych dohonila tu ztrátu krve, pak zase přestat, aby se zastavila laktace, takže dost protichůdný... snažila jsem se tedy pít míň, ale pak jsem měla takový divný stav, na omdlení, byla jsem vyčerpaná...“ (Vanda)

„Informace byly nedostatečné, stále jsem se doptávala a snažila se porozumět. Personál se střídal, nevěděli, co mi směji sdělit.“ (Martina)

1 respondentka popisovala **nedostatek verbálního kontaktu**, který by jí pomohl se v situaci zorientovat a porozumět jí.

„Potřebovala... Aby to se mnou někdo rozebral. Asi by to bylo těžké, třeba bych jen brečela, ale potřebovala jsem, aby o tom se mnou někdo mluvil.“ (Táňa)

Pokud respondentky informace nemají, objevují se **fantazie**, které nemusejí odpovídat reálné situaci. Na základě těchto fantazií a představ staví svá očekávání a dále se rozhodují

(např. o tom, jak dítě asi bude vypadat a zda ho tedy budou chtít vidět, o tom, jaký je jejich zdravotní stav, atp.).

„Asi se tam něco událo, já ale nevím co, neptala jsem se, nechtěla jsem vědět. Ale ty asistentky se za mnou přišly podívat druhý den na pokoj a to mě zarazilo. ... já měla pocit, že se tam něco stalo a přišly se na mě proto podívat. Ale nevím, neptala jsem se. Ten den jsem totiž nebyla jediná, kdo rodil mrtvý plod, a přišly za mnou.“ (Kristýna)

„Ve vejtahu mi jeden lékař řekl, že těch případů je tam plno, ale že vůbec neví, co s tím mají dělat. Že se výzkumem zabývali američtí lékaři po jaderném výbuchu v Hirošimě, ale že oni, protože jsme byli za železnou oponou, ty výsledky vůbec neznaj. Věděli, že ten výbuch nějaký vliv má, jen netušili jaký.“ (Slávka)

9 z celkového počtu 13 respondentek zmiňuje fakt, že samy vnímaly **iracionální pocit ohrožení**, objevovaly se myšlenky, že s dítětem není něco v pořádku. Tyto **intuitivní impulzy** jsem zařadila do oblasti kognice. Zdravotníci často na tyto iracionální předtuchy nereagují vstřícně, respondentky uváděly, že měly obavu z bagatelizace tohoto sdělení, proto se zdráhají tyto důvody v kontaktu se zdravotníky uvádět. Jsou však překvapivě poměrně časté.

„Úplně si pamatuji, jak jsem seděla na gauči a říkala si, že se tam něco děje. Tenkrát mě napadla úplně blbá myšlenka, že je to boj o život. Jako ty se tam meleš, jako bys bojoval o život. Ale jak jsem byla zaměřená na ty státnice, tak jsem tomu nevěnovala takovou pozornost. Brzy ráno jsem vstávala a pak celé dopoledne dělala ty státnice. Ale cítila jsem, že je něco divně. Necejtím pohyby a věděla, že je něco divně. Udělala jsem základ těch státnic, ale už jsem věděla, že musím odjet.“ (Ester)

„...pak jsem teda neplánovaně otěhotněla, ale od začátku jsem věděla, že to nedopadne dobře a to se nakonec potvrdilo...“ (Kristýna)

„Protože trpím na předtuchy, tak jsem odpoledne dokonce sbalila tašku, manžel se divil, proč balím tašku do porodnice a já jen odvětila, že mám takové tušení, často se mi moje předtuchy plní, že přijde miminko dřív.“ (Lenka)

„To jsem nikdy nezažila... nemám zkušenost, že bych byla někdy tak citlivá, kromě těch klasických 5 smyslů. Probudila jsem se a seděla jsem před domem a klepala jsem se jako osika, nemohla jsem dýchat. ... Až dušnost, úzkost, jako až ztělesněná úzkost... Bylo to tak 3-4 dny před tím, než mi oznámili, že miminko zemřelo. To tehdy ještě bylo v pořádku...“ (Lada)

„Potom jsem byla už trochu neklidná, ale nejsem typ, co by hned plašil, nebo hysterčil a v okolí mi hodně říkali, že je to normální, že miminko není občas cítit, ať se nebojím, že to bude

v pořádku, jestli mi ale není dobře, tak ať si na ten ultrazvuk zajedu. Ale že to je v pohodě. Ale ono to v pohodě nebylo... A když jsem se začala cítit opravdu hodně divně, rozhodli jsme se jet do nemocnice.“ (Markéta)

„Pořád říkali, že je dítě v pořádku, že bude asi malý, ale já už měla tušení, že bude postižený. Potom jednou večer přišla sestřička poslechnout ozvy a ozvy neslyšela. Vzali mě na ultrazvuk a tam jsem viděla, jak přestává bít srdce. Doktor řekl, že musí dítě hnedka ven.“ (Slávka)

„Já jsem to asi nějakým způsobem věděla. Nechtěla jsem si to připustit, ale věděla jsem to. Tušila jsem to, když jsem jela už tou tramvají do porodnice. Bylo to takový popření. To ne, týden před porodem se mi to nemůže stát.“ (Ester)

„Ten pocit je ve mně hluboko uložený a kdykoliv se na něj mohu rozpomenout. Doktor mi dělal ultrazvuk a potvrdil to, co už jsem tušila a přála si, abych se mýlila.“ (Martina)

2 respondentky se **podílely významným způsobem na rozhodnutí o ukončení těhotenství**. Jedna z nich popisuje zátěžovost a náročnost rozhodování, kdy byl plod sice zdravý, ale těhotenská komplikace ohrožovala respondentku na životě. Druhá z respondentek čelila situaci, kdy plod měl postižení neslučitelné se životem.

„Protože je pravda, že do dneška nejsem přesvědčená vyloženě o tom, že jsem spokojená s tím, jak jsem se rozhodla, i když jako asi na povrchu si myslím, že jsem udělala dobře, v rámci dětí doma, stejně ale jako nemůžu říct, že jsem si jistá, že to takhle mělo bejt. Asi v tu chvíli nebyl čas na nějaký hrdinský čin a tak, ale asi nedokážu říct, ani jestli... možná to bylo rozhodnutí rozumu...“ (Anežka)

Ve výpovědích respondentek jsou patrné také **racionalizační tendence**, které mají usnadnit přijetí informace o ztrátě či poukázat spíše na její pozitivní dopady a zmírnit tak negativní zátěž.

„Určitě mi pomohlo, že... že to takhle dopadlo, než kdybych porodila takovýho nějakýho malýho přidušenýho chudáčka... tak tohle bylo asi lepší.“ (Ester)

„A já jsem zjistila, co se týče tělesné schránky, tak že jednak to miminko se strašně málo pohybovalo, takže už tehdy zcela jistě nebylo zdravý.“ (Petra)

„... Jo a potom taky když přišla ta pitevní zpráva a bylo tam uvedeno, že bylo miminko zdravý. To mě dost zaskočilo. Ten pozitivní tripple test mi pomohl, že jsem to měla na co svádět, ale tohle vystřízlivění mě zaskočilo.“ (Vanda)

❖ Sociální aspekt prožívání ztráty

Sociální aspekt zahrnuje právě tu oblast prožívání, která se týká vztahů, komunikace a mezilidské interakce. Mapovala jsem jednak prožívání v rámci pobytu ve zdravotnickém zařízení a také po návratu domů. Sledovanou oblast jsem rozdělila na části týkající se partnera a tedy otce dítěte, rodiny (případní prarodiče, sourozenci), sociálního okolí, případně přátel a kontaktu se zdravotníky.

Zdravotníci

Ukázalo se, že oblast kontaktu se zdravotnickým personálem má více aspektů. Sleduji tedy zvlášť způsob, jakým byly předávány informace o zdravotním stavu, průběhu intervencí, neboť se jedná o obsáhlou a velmi důležitou oblast, ovlivňující a posilující pocit bezpečí ženy, její porozumění situaci. Dále zvlášť sleduji způsob komunikace, její formu a také přístup zdravotníků k ženě v takovéto situaci, jejich postoj a emoční angažovanost. Z výstupů analýz vyplývá, že interakce se zdravotníky je pro ženy zásadní a směřodátnou zkušeností, která může významně ovlivnit průběh procesu truchlení. Dále je z výsledků patrné, že tato oblast má ještě mnoho rezerv, mnoho nedostatků.

Předávání informací zdravotníky

Zdravotníci mívají **obtíže s předáváním informace o smrti dítěte**, řada respondentek (5) uvádí, že způsob sdělení byl **hrubý, necitlivý, neosobní**.

„Tak to bylo otřesné. Já jsem zdravotník, tak si myslím, že jsem hned pochopila, o co se jedná, ale kdyby tam seděl kdokoliv jiný, tak se asi zhroutí. Řekli mi, že to dítě umírá a ať se smírím s tím, že o něho přijdeme. Já jsem fakt takové povahy, že ty věci tak nějak přijímám a potom si to uvnitř sebe nějak srovnám. Bylo to hodně drsný. Někoho jinýho by asi odvezli do Bohnic. Že to bylo hrubě řečeno. Bez lidského přístupu, necitelné... ten pan asistent to řekl hodně drsným způsobem. Ten asistent kouknul na ultrazvuk a řekl to fakt hnusně... ať s tím prostě počítáme... Bylo jich tam hodně, ta diagnóza byla fakt divná, vzácná a ten stav dost závažný, tak mám pocit, že tam byli skoro všichni, sestry i doktoři. Ten plod vypadal fakt hrůzostrašně.“ (Kristýna)

„Nejhorší bylo to bezcitný oznámení toho faktu tím doktorem. Ač o to později vůbec nešlo, ta slova ve mně zůstanou do smrti. Ta nelidskost bylo to gro té situace.“ (Lenka)

„Protože to jsem také v té nemocnici neslyšela, že to miminko už nežije a že je to mrzí. Pan doktor říkal jenom – prvně nechtěl nic říct, samozřejmě že to viděl na ultrazvuku a nechal si zavolat mého přítele a řekl, že je to tedy strašný, ale tohle je mrtvý plod. Jak říkám, pan doktor s tím neuměl zacházet. Asi by mi to pomohlo, kdyby mi řekl něco osobního. Že to bylo technický. Máme tady technický problém.“ (Petra)

„Bohužel ale sloužil nějaký doktor, který tam normálně nepracuje a nemůžu ho nazvat jinak než debilem. Byl tam jen na záskok. Vzali mě nejdříve na ultrazvuk, ale nic se na něm neobjevilo, tak mi řekli, že to nevádí, že mě vezmou na velký ultrazvuk, že to se běžně stává. Já byla stále ještě v klidu. Když mi ale pan doktor dělal velký ultrazvuk, arogantním a velice nepříjemným způsobem na mě vyšťekl, kdy mi dělali naposledy ultrazvuk? Já nevěděla, myslela jsem asi před týdnem... A on řekl, že tam nic nevidí. Já byla v šoku a řekla jsem, že asi před týdnem. Začala jsem se úplně hroutit, přišel za mnou manžel, kterému nic neřekli, ten mě viděl, jak se hroutím.“ (Lenka)

3 respondentky uváděly takový způsob sdělení, který byl **nejasný a podporující negativní fantazie** o podobě dítěte.

„...řekl, že to je hrozný, co tam vidí a nechal si zavolat ty další...“ (Kristýna)

„Jediný, co si z toho pamatuji, že proběhla nějaká vyšetření, například velký ultrazvuk miminka, které byly jen matoucí. Že třeba to miminko ještě žije, že si to chtějí pořádně ověřit, jestli se nespletli, že mě potom třeba zavezou do té velký porodnice, kde se o takto předčasně narozené děti starají. Měli puštěné všechny zvuky, takže já slyšela zvuk, co mi připomínal srdeční ozvy, ale oni mě hned opravovali, že je to jen průtok krve v mém těle. Nikdo tu skutečnost nepotvrdil a přišla zase nejistota, jestli to je vůbec pravda, co mi před tím říkali... to bylo těžký...“ (Lada)

„Oni mi několikrát zopakovali, že se to prostě stává. To bylo každou chvíli.. Já vím, že se to asi může stát, ale ptala jsem se pořád dokola, ale proč zrovna mně.“ (Táňa)

Celkem 7 respondentek sdělovalo, že neměly dostatek informací o důvodech, formě ani průběhu zákroků, které absolvovaly. Informace byly **nedostatečné nebo neúplné**, zejména pokud se týkalo zacházení s dětmi.

„Naopak nepříjemný bylo, když se rozrazily dveře, vešla sestra, nesla kyslík a vůbec mi nevysvětlila, proč ten kyslík dostanu, proč dostanu tohle... Pak zase přijde zřízenec, odveze vás na sál a až na sále se dozvíte, že vám to dítě chtějí vzít.“ (Slávka)

„Lékař ani žádnou diagnózu nesdělil. To je všechno na úrovni počítač... A diskuse byla krátká. Já chci domů, nepůjete... a to bylo vše... a najednou tu byl někdo, kdo mi vše vysvětlil, povídal

si se mnou o tom, co cítím, co mám dělat. Uklidňovala mě, že to bude dobrý. A dostala jsem i informace o složení té infuze.“ (Lada)

„Ne, tak to vůbec ne. Řekli mi, že mi dávají provokačku, jak dlouho bude trvat asi porod, ale o miminkách vůbec nemluví. V tom směru byli hodně tajemný. Když se narodil ten první chlapeček, tak jen jsem zahlédla, že ho dali do nějakýho laboru, přikryli ho a někam odnesli.“ (Silvie)

1 respondentka uvedla velmi srozumitelný a dobrý příklad kontaktu zdravotníků se ženou v situaci perinatální ztráty.

„...ten mi to potvrdil a opravdu výborným způsobem vysvětlil. Všechno vypadalo úplně v pořádku, ani tělo se nechystalo na porod... Popsal, jak se bude vyvolávat porod, že dostanu antibiotika, proč je důležité, aby se miminko narodilo přirozenou cestou, ne císařem, že je dobré nechat si dát epidurál, protože ta psychická bolest je tak velká, že není nutné, aby ta maminka trpěla ještě fyzicky, potom abychom tak půl roku počkali s dalším těhotenstvím, zkrátka nás informoval hodně podrobně. Byla jsem umístěna na oddělení rizikového těhotenství, kde mi nabídli dvoulůžkový pokoj, ale nemohli mi zaručit, že mi tam někdo nepřibude, tak jsme souhlasili s nadstandardem, který byl poměrně drahý, ale pro mě bylo důležité, že díky tomu se mnou mohl být manžel delší dobu.“ (Markéta)

1 respondentka uváděla příjemný kontakt se zdravotníkem při sdělování zprávy, jednalo se o jejího osobního přítele. Respondentka v rozhovoru sama konstatovala, že vliv osobního vztahu byl na jeho přístupu patrný.

„Sděлил mi, že je mu to líto, ale že tam bohužel nejsou žádné ozvy. Protože to byl můj velmi blízký přítel, uložil mě na jakoby samostatnej pokoj a ptal se, co pro mě může udělat.“ (Ester)

Forma komunikace

V této části jsem se zaměřovala na způsob a formu komunikace. Respondentky v rozhovorech uváděly, že nejvíce **postrádaly osobní, lidský přístup v komunikaci**. Naopak, pokud se s takovýmto přístupem setkaly, vždy jej pozitivně hodnotily a vyzdvihovaly. Ženy v situaci perinatální ztráty jsou velmi citlivé na formu komunikace, tón, konotaci sdělení, oční kontakt.

„Zůstává mi ten pocit, ale je to jen ten pocit. Ale ten tón: „ale vy jste tady jako proč?“. Ten tón byl strašný. Já jsem nedokázala ani odpovědět... Tak jsem plakala, plakala a plakala....“ (Lada)

„...a jinak, oni se vám do očí nedívají, tak je to pro ně určitě taky hrozný. Tak zase jsou to profesionálové, tak by s tím měli umět pracovat.“ (Petra)

„Protože lékaři vždycky jenom přišli. Za těch 14 dní se mi ani jeden nepodíval do očí. Klopili oči stranou, sice se mnou mluvili.... No. Kdežto sestry ne. To jsem asi ocenila nejvíc.“ (Petra)

„V té nemocnici jsem potřebovala, aby na mě byli hodní, laskaví, trpěliví... Po celou dobu jsem byla hodně přecitlivělá, když někdo zvýšil hlas, když se něco stalo, hned jsem se rozbřečela, tak jsem potřebovala laskavý a přívětivý přístup. To bylo nejvíc to... Aby chápali, že mi je takhle a podle toho se chovali.“ (Markéta)

Zraňující jsou pro ženy **poznámky zlehčující, bagatelizující událost či znevažující ztrátu**, či jen pouhé využívání profesního žargonu, což může být ženou nesprávně pochopeno.

„Nemístný poznámky zdravotníků. To bylo i horší, než že mně nedávali žádné informace... Uděláte si další... a tak...“ (Lada)

„No a pak si ještě pamatuju, jak tam vrazil primář na ten sál a asi nevěděl, že ještě nespím, protože říkal – tak to je ta mrtvolka? No a pak jsem usnula. To bylo nepříjemný.“ (Petra)

„...v nemocnici v těch B. mi řekli, že to, co se stalo, není jejich problém. Že jejich starost byla, abych to donosila, a když to dopadlo takhle, oni maj černý puntík a chtějí se ho co nejrychleji zbavit.“ (Slávka)

„... ale když tam přišla porodní asistentka a řekla mi, že jsem ještě hrozně mladá, že tam klidně přijdu ještě 5x, tak to mi přišlo hodně nemístný, aby mi někdo říkal, že tohle vlastně nic není, protože jsem hrozně mladá.“ (Lada)

Častěji byla osobní, podporující komunikace spojována se středním personálem, sestrami a porodními asistentkami.

„Příjemný bylo, když si občas přišly sestřičky se mnou popovídat a řekly mi třeba, že se stal ten a ten případ a dopadlo to dobře, dávaly mi naději.“ (Slávka)

Emoční angažovanost zdravotníků

V této části jsem se snažila sledovat postoj zdravotníků a jejich přístup k ženě v situaci perinatální ztráty. Bohužel je často zjevné, nakolik je kontakt s pacientkou v této situaci pro zdravotníky **obtížný**, vystavuje je vlastním obavám, **negativní psychické zátěži** spojené

s expozicí dané situace, sekundárně je traumatizuje, jak je uvedeno již v teoretické části. Zde cituji, že zdravotníci se snaží o co možná nejrychlejší vyřízení potratu či porodu mrtvého plodu s následným zmizením dítěte, strategie typu „nic se neodehrálo“. Dále se může objevovat **racionalizace a bagatelizace zármutku** s akcentem na další těhotenství, kde bude dítě „zdravé, jiné, nové, lepší“. V neposlední řadě uvádím časté omezení lékařského rozhovoru na medicínsko-přírodovědné souvislosti.

„Jako že si vymýšlím. Že kdybych tam řvala na celý oddělení, tak by mě asi vyšetřila, ale takhle mě poslala pryč. Šla jsem teda o patro výš na lůžkovou část, manžel mezitím odjel a tam jsem těm dvěma sestřičkám vysvětlovala, že mám kontrakce coby každou minutu a že je to hodně bolestivý a ony se na mě dívaly jako na hysterku, které by měly píchnout nějakou injekci na uklidnění. Prosila jsem je, jestli by mě tedy nemohly vyšetřit alespoň oni, a než se to všechno pořešilo, tak jsem najednou na té chodbě cítila, jak ze mě něco vypadává. Že to bylo miminko, mi došlo až druhý den, byla jsem v hrozném šoku. Prostě v tu chvíli mi ani nedošlo, že rodím. Já měla ty kontrakce a pak jsem volala na sestřičku, že ze mě něco leze. Vůbec mi nedošlo, že je to, to miminko.“ (Vanda)

„Když jsem se potom ptala toho kamaráda, proč na mě ta porodní asistentka byla tak nepřijemná, tak mi řekl, že je od nás z vesnice a že ji to hrozně sebralo. Tak čekala snad, že ji budu utěšovat já? Nebo co? Jediný, kdo mně pomohl, byl opravdu ten primář, který k tomu přistupoval osobně, vzal mě za ruku, pohladil mě po vlasech a řekl, to bude dobrý. Byl lidský. Všichni ostatní byli odtazítí. Úplně pseudoprofesionální. Odtazítí. Já potřebovala v tu chvíli slyšet, že to bude dobrý, že to zvládnou.“ (Ester)

„Nemocniční personál byl opravdu skvělý, nemůžu si na nic stěžovat. Až na jednu paní doktorku, která mě dosti necitlivým způsobem vyšetřovala, a to mi přišlo hodně zbytečné. Napomínala mě, že když ji budu takhle uhýbat, že mě nevyšetří, ale když do vás někdo strčí ruce jako do pytle s bramborami a vy víte, že to ti před ní udělali mnohem citlivěji, tak mi to přišlo hodně nepatřičné. Ale nijak jsem se nebránila. Já jsem neměla nějak sílu. Celý ten pobyt v nemocnici mám takový v mlze, byla jsem jako stroj. Ani jsem moc nechtěla s nikým mluvit.“ (Markéta)

„Potom jsem proležela ty dny na pokoji v takovém zvláštním poklidu. Člověk to probřečel... Přišla sestra, která mi dávala informace o zastavení laktace, matrikářka, která nás informovala o vystavení rodného a úmrtního listu a další takové věci. Člověk na to neměl ani myšlenky, šlo to moc rychle... Druhý den byl čtvrtek a byla velká vizita, spousta lékařů, docentů z té kliniky, ale i mediků. Přišlo mi to v tu chvíli hodně nevhodný. Myslím si... Vím, že se i mladí musí učit, ale myslím, že by v tu chvíli stačilo, kdyby přišel jeden a těm ostatním to sdělil někde jinde. Přede všemi se vás vyptávají, ten docent mi pořád opakoval, že se to prostě stává, to je pěkný, že mi to říkáte, my měli jít na umělý oplodnění a byli jsme šťastný, že se to povedlo takhle...ale to jsem slyšet nepotřebovala.“ (Táňa)

„No a jinak jsem vnímala celkem zřetelně, že doktor je v šoku, že je to prostě výjimečné, že nevěděl, kam se všichni ztratili. No, že je ženská na tuto situaci úplně sama.“ (Petra)

Tento přístup může vést k tomu, že zdravotníci nedohlížejí možnosti, kterými by mohli sami snižovat míru zátěže, např. **nevystavováním ženy kontaktu s jinými rodičími matkami, či matkami s dětmi po porodu.** Ženy vždy oceňují soukromí, možnost kontaktu s partnerem či blízkými.

„Dali mě na tu přípravnu. To bylo strašně divný. Byla jsem tam mezi těmi normálně rodičími maminkami. Nechtěla jsem jim to říkat a dělala jsem jako že ok. Jenže tam pořád chodila jedna doktorka a říkala, tak a teď si poslechneme ozvy miminka. Říkala jsem jí, ne neposlechnete a ona mě přesvědčovala, ale ano, teď si poslechnu ozvy miminka. Tak jsem se bránila, že si je opravdu neposlechne.“ (Ester)

„Měla jsem pokoj, kde mohly být normálně zavřené dveře, žádný plenty, vyšli mi vstříc se vším, co jsem si přála.“ (Kristýna)

„Samozřejmě tam byly těžké chvíle, kdy tam chodily ty maminky čekající na porod, potom ty pyšný tatínkové, kterým se ty děti už narodily. Maminky, co chodily s miminky na vyšetření apod. Bylo to hodně těžký, ale snažili se nás nějakým způsobem separovat. Dostali jsme nadstandard a potom se spousta věcí odehrála na tom pokoji...“ (Lenka)

„...ležela jsem na pokoji s ženami, kterých těhotenství udržovali, také s ženou, která šla během dne na potrat. Nevhodné propojení lidských osudů na jednom pokoji. Osobní přístup byl nulový, vše formální, kontakt očí žádný, všichni jsme utíkali od dané situace. Sama jsem byla tak v šoku, že jsem nějaké období nemluvila ani se na nic neptala.“ (Martina)

„Jo a ještě si vzpomínám, že jak jsem ležela na té JIPce, tak přišel primář, řekl, že je to docela dobrý a tak paní M., na šestinedělky. A to bylo jasné, že to tedy není dobrý nápad jít mezi maminky s dítětem. Tak jsem poprosila pana doktora, který se o mě staral na té JIPce, že to teda neustojím. A on říkal, no já jsem si to myslel, já vám to vyřídím na gynekologii. Tak že to primáře porodnice nenapadne.“ (Petra)

„Já jsem se vlastně probudila z narkózy a nikdo mi nic neřekl, byla jsem na pokoji s dalšíma paníma. A vlastně na novorozeneckým oddělení...“ (Vanda)

„Ptali se mě, jestli chci nadstandard, ale já nechtěla. Druhý den mi tam dali paní, která šla na potrat. Čekala už třetí dítě a plakala, že to chce mít rychle za sebou. Jednou už na přerušeni byla a to se nepovedlo, tak šla znovu na 14. týdn. To bylo strašný, já o děti přišla a ona to chtěla mít rychle za sebou. Kdyby mi tam dali kohokoliv jinýho, ale tohle bylo šílený. To mě mrzelo hrozně...“ (Silvie)

Pokud to situace umožňuje, je vhodné dát ženě **dostatek času na přijetí situace**, vstřebání informací či předání informací blízkým.

„Museli přijít z anestezie a ty tam na to, co se mi stalo, vůbec nebrali ohled. Já jsem totiž chtěla tu informaci sdělit manželovi ještě předtím, než půjdu k tomu porodu. Manžel byl ale na cestě z práce a já věděla, že mu to chci sdělit, až dojde do cílové stanice, a na to jsem potřebovala tak hodinu. Nechtěla jsem mu to volat, když byl na cestě. To se té paní doktorce, anestezioložce, kterou si teď úplně vybavuji, vůbec nelíbilo. Nechtěla na to brát vůbec zřetel... ale ona neustále opakovala, že jsme už měli začít a tak... ale já mu to chtěla sdělit ještě před porodem. Počkali, i když s připomínkami, ale počkali...“ (Táňa)

Respondentkami byl oceňován **osobní přístup** v průběhu porodu, blízkost, **empatické nastavení zdravotníka** s dostatkem času, kapacity. Důraz byl kladen nejen na obsah informací, ale také na jejich formu.

„Ten kamarád Martin mi tam přivedl jednu žákyňku, a ta tam byla celou dobu se mnou. I když byla úplně laik, tenkrát mi moc pomohla.“ (Ester)

„Jo opravdu hodně mi chyběla ta účast... Chápu, že zdravotníci asi nemohou úplně každý případ prožívat, ale toto se mi vůbec nelíbilo. Ta matka to v tu chvíli potřebuje úplně jinak. Měli by na to být připravený.“ (Táňa)

„U toho porodu všichni dělali jako že... no byli všichni takoví odtazítí, nikdo se mnou nebavil.“ (Ester)

„Ta forma byla skvělá. Ta nás držela celej tejden při životě. Třeba jen to, že se při porodu rozbřečela porodní asistentka. Ta lidskost, to soucítění mi moc pomohlo.“ (Lenka)

Partner

Partner bývá velmi významnou sociální oporou. Je však také otcem dítěte, které zemřelo. Může být sám velmi zasažen situací. Respondentky uváděly, že přítomnost partnera v porodnici pro ně byla **významnou posilou**. Muž bývá nejbližší osobou, se kterou je možné ztrátu sdílet v obdobné intenzitě, alespoň v začátku procesu truchlení.

„Já tam nikoho jinýho kromě manžela nesnesla. Tak tam za mnou nikdo nebyl. Já nebyla schopna s nikým mluvit.. Až druhý den jsem byla schopna mluvit s mamkou. Ale volaly babičky, kamarádky, ségra, ale s nima jsem mluvit nechtěla. Nabízely pomoc, ale já ji nedokázala přijmout.“ (Silvie)

„Muž mě vzal do náručí a odnesl do pokojíku, který nám vyhradili. Tam jsem získala čas, zázemí a tam to bylo dobré a tam jsem začala chápat, že mi tady zdravotníci nepomůžou.“ (Lada)

„Manžel musel alespoň trochu fungovat, chodil normálně do práce, ale trápil se. A trápí se pořád... ale obdivuju ho, že je silnej.“ (Silvie)

Postoj respondentek k podporujícímu chování partnera se jeví jako **polarizovaný**. Je-li chování a přístup partnera adekvátní, bývá významnou oporou. Pokud partner není schopen respondentky (2) podpořit, je to pro ně výrazně zraňující zkušenost.

„Hodně nás tohento semklo, i když nás semklo už to, že nám to 2 roky před tím nešlo. I když manžel už přistoupil, že půjdeme na to umělý oplodnění, nebylo to v krizi, bylo to takový jako.... Potom nás to spojilo a myslím, že jsme potom byli takoví víc uvolnění. Potom... určitě jsme si potom hodně povídali. Určitě nám to pomohlo. Ten vztah to zlepšilo.“ (Táňa)

„Já jsem tenkrát chtěla celý svůj dosavadní život vodříznout. Kdyby to bylo jednoduchý, rozvedla bych se, odstěhovala bych se, skončila bych to. Začala bych jinde a úplně jinak...“ (Slávka)

„Ale já už měla jeden porod za sebou, ale že po těch kontrakcích můžu rodit, mě vůbec nenapadlo. Mrzelo mě, že tam se mnou nebyl manžel. Že jsem si to všechno odžívala sama. Potom jsme taky měli hodně dlouhou manželskou krizi.“ (Vanda)

Rodina

Rodina je dalším významným místem, kde mohou ženy získávat podporu. V tomto případě zahrnuji do pojmu rodina zejména prarodiče zemřelého dítěte, případně další děti rodičů (sourozence zemřelého dítěte), případně sourozence respondentek či jejich partnerů.

Respondentky vnímaly rodinu jako místo, kde mohou svou **ztrátu sdílet** a nacházet **respektující prostředí**. Pokud toto očekávání nebylo naplněno (6 respondentek), bylo to pro ženy velmi náročné. Jako důležitý aspekt uváděly, že **dítě nebylo pro rodinu a okolí reálnou ztrátou**, protože členové rodiny na něj neměli žádné vzpomínky, dítě nikdy neviděli, necítili, na rozdíl od respondentek.

„A potom to bylo hodně náročné. Pro okolí to bylo hodně nereálný. Oni nikdy žádný miminko neviděli, nikdy ho necítili... Než jsem přišla domů, tak tam všechno uklidili.“ (Ester)

„Já jsem trpěla ztrátou té rodiny, toho zázemí. A to bylo pro dost zásadní. Ztratíte dítě a pak se najednou od vás odvrátí přátelé, který znáte 20let, rodina, která by vás měla podržet, tak to byl pro

mě šok a hodně bolestivý. To nejzásadnější. Další šok... fakt... myslíte si, že je znáte... a pak tohle...“
(Lenka)

„Potřebovala jsem čas, dostatek podrobných informací a někoho k sobě kontinuálně, kdo by odpovídal na mé otázky a reagoval přiměřeně na můj šok. Na toto nebyl v porodnici prostor.“
(Martina)

„My bydlíme s mojí mamkou, tak nejdřív ona. Pak ale první styk s každým dalším byl hroznej. Nemohla jsem o tom mluvit, pořád jsem brečela.“ (Silvie)

„Taky jsem pořád přemýšlela, jak se všechno, co jsme si se sestrou naplánovaly, zbortilo. Plánovaly jsme si, že ty naše děti budou vyrůstat spolu jako dvojčátka, skoro, že budeme mít společné vítání občánků, že budeme pořád spolu jezdit s kočárkem. Pak mě napadaly taky věci, které jsem si zakazovala, ale byly to myšlenky typu, proč se to stalo mně a ne jí, když už ona 2 děti má. Hodně těžko jsem tohle nesla.“ (Markéta)

Dalším významným aspektem byla vnímaná **kapacita rodiny pro truchlení** respondentky. Respondentky popisují situaci, kdy rodina akceptuje truchlení, přijímá ho, ale pouze po omezenou dobu, která je kratší, než by respondentka reálně potřebovala. Nastala pak situace, kdy rodina povzbuzovala respondentku, aby již nesmutnila, v době, kdy to ona ještě stále potřebovala. Tento fakt pak v souvislosti s nedostatkem informací o procesu truchlení mohl vést k **negativnímu prožívání smutnění** jako něčeho, co je již nepatřičné.

„Já mám z toho okolí pocit, že jsme si o tom moc nepovídali. Nás to semklo s nejbližší rodinou, manžel a syn, bylo období Vánoc, tak jsme se vzájemně podporovali. Byla úplně jiná nálada... ne z naší strany, ale z toho okolí. A ty Vánoce prožívali tak trochu jinak. Jako že tu nic nechybí... I tím, že jsem brzy otěhotněla, tak se na to hodně rychle zapomnělo, myslím to okolí. Pro nás ne, ale oni to tak vnímali. Ono to bylo brzy... ale mně se zdálo, že je to moc brzy...“ (Táňa)

Dalším významným faktorem byla **péče o další děti**. Pro 7 respondentek se perinatální ztráta odehrála v rámci prvního těhotenství. 6 respondentek v době události dítě již mělo. Kontakt s dětmi udávají respondentky většinou jako **posilující**, nicméně péče o ně v plné míře byla vnímána respondentkami spíše jako **neadekvátní zátěž**, která bránila truchlení a tento proces brzdila.

„Navíc... byl tam ten první syn... Já jsem samozřejmě věděla, že tam je ten, že tu péči dál potřebuje. Ale nějak to nešlo.“ (Táňa)

„Měla jsem ho strašně ráda, syna, ale v tu dobu náš vztah hodně ochladl. Já jsem v tu dobu potřebovala být strašně sama, nechtěl mě nechat truchlit. Byla jsem strašně utahaná a on mě pořád otravoval. No právě, pořád po mně skákal, mě bolelo břicho, to bylo takový hodně nepříjemný. Manžel ho šoupl za dveře, já z toho byla hodně nešťastná, nevěděla jsem, co mám dělat.“ (Vanda)

„I tím, že jsem přestávala vnímat tu fyzickou bolest, že ty sešitý tkáně bolely, ale pak, jak se vrátily děti, pak to vzalo úplně jinej spád. Ten příchod domů byl takovej... strašně moc jsem se ho bála, nevěděla jsem, do čeho jdu, čekala jsem nějakěj šílenej boom, ale vlastně to bylo pozvolný.“ (Anežka)

„Byl ve 2. třídě, tak jsme mu to říkali s ohledem na jeho věk, ale říkali jsme mu to po pravdě. Že se udusil už v bříšku. Protože von mě jako viděl s břichem... že se jako udusil... Bylo to pro něho šokující. Moc si sourozence přál, vnímal, že je sám. Kolem bylo v příbuzenstvu hodně dětí... Viděl připravené prostředí, postýlku, věčičky, a na jednu nic. Tohle se mnou sdílel, viděl, jak připravuju pro malýho ty věci... Pro něj to byl taky velký šok. Setkání se i s tím, že se něco takového může vůbec stát. Se smrtí se setkal poprvé. ...já jsem brečela dost a ani jsem před ním neutíkala. I on dost plakal, tak jsme plakali taky spolu.“ (Táňa)

Sociální okolí, přátelé

Dalším obtížným momentem pro ženy se zkušeností perinatální ztráty bývá návrat do místa bydliště, mezi sousedy, do komunity, pracovního kolektivu, apod. Respondentky (11) hovoří často o **obavách spojených s návratem**, předpokládají, že budou muset čelit dotazům a vysvětlovat, budou **vystaveny pohledům a pozorování**, což vnímají jako další zátěž.

„...představila jsem si ten obraz, že přijdu kamkoli, mezi známý, mezi lidi. Ač to těhotenství na mě ještě tak vidět nebylo, ale spousta lidí to vědělo. Tak že mne pak uviděj bez kočáru a tak. Měla jsem tu představu jak v nějakým filmu, měla jsem pocit, že si na mě každej bude ukazovat, hele to je ta, co jí umřelo to mimino. No, tak to mne trochu jakoby děsilo, ta představa, že bych jim měla vysvětlovat něco.“ (Anežka)

„No to bylo celkově velmi těžký. Je to malý město a toto bylo, jako když se vyslečete na náměstí do naha. Oni se s váma nebavěj, protože nevěděj jak. První týdný, myslím celý šestinedělí jsem nedokázala vyjít ani ven. Jezdili jsme s manželem pouze k lékaři. Pro mě bylo nepředstavitelný jít jen tady vedle do trafiky.“ (Lenka)

„Ale spousta lidí nevěděla, jak na to reagovat, tak to jako přecházela, ignorovala. ... Že by alespoň nějak reagovali, i když nevěděli jak.. říct jen, je mi to líto.. ne dělat, že nic a já měla pocit, že mám mor.. že se mi vyhýbali...“ (Ester)

„Takže první den návratu domů jsem obeslala všechny ty nejbližší lidi, kteří to ještě nevěděli. To bylo hodně emotivní, každý mail a každá SMS bylo hrozně těžké odeslat. Hodně jsem u toho plakala, ale myslím, že to bylo dobře, že jsem konečně to ze sebe všechno vyplakala.“ (Markéta)

„To že se ti lidé budou vyptávat. Já bych si to nejradši nalepila na čelo. Oni nejsou zlí, ze začátku nevěděli, později samozřejmě ano, ale pro mě bylo nepředstavitelné, že se mě bude každý vyptávat a já to budu muset vysvětlovat a pořád si tu bolest připomínat.“ (Lenka)

„Hodně mi ochladly vztahy s těma nejbližšíma lidima. Měla jsem pocit, že se na ně nemůžu spolehnout. Cítila jsem se hodně osamocená. Sebedůvěra klesla, bála jsem se, že to tak bude už vždycky...“ (Vanda)

Pokládala jsem respondentkám dotaz, jaká reakce okolí by pro ně byla ideální, jaká by měla být, aby se v ní cítily dobře. Jako ideální popisovaly takovou reakci, která je **respektující a potvrzuje význam ztráty**. Měly potřebu sociálního kontaktu, který by si mohly **samy regulovat**. Regulace kontaktu se ukazovala jako důležitý prvek.

„...no, v tom případě těhotenství je to pro okolí pořád jenom to břicho. Jenom ta žena vnímá ty pohyby a je to pro ní dítě hned od začátku. Takže najednou to břicho není.“ (Petra)

„Zatěžující bylo, když se lidi vyhejbalí. Zajímavý bylo, že já jsem se vyhejbat mohla, ale moc mi vadilo, když se ostatní vyhýbali mně. Potkala jsem kamarádku a ta se ani nezastavila, aby se asi tím nešťěstím nenakazila, bylo to jako mít mor.“ (Slávka)

„Ne oni se o tom spíš nechtěli bavit. Ne, ze začátku chtěli, ty první návštěvy určitě, ale potom chtěli jít asi dál, ale já se zastavila. Pro mě se zastavil svět!“ (Silvie)

„No, já jsem vlastně ten první týden, úplně ze začátku, ani nikam nevycházela. Že mi to ten zdravotní stav úplně nedovoloval a přijímala jsem návštěvy jenom takový, co jsem chtěla. A bylo to vlastně super v tom, že vlastně chodili jen ty lidi, co byli zasvěcený a co to se mnou prožívali. Takže to bylo hrozně pozvolný, ne žádný takový jako najednou rána a tak.“ (Anežka)

V rámci sociálního kontaktu se objevovala potřeba hovořit o zkušenosti ztráty, **sdílet** ji, ale také možnost hovořit o běžných věcech, starostech, které nemají s perinatální ztrátou nic společného a naopak navozují **pocit běžné reality**, návrat do „starého, známého“ světa před událostí. Zraňující bylo **vyhýbání se kontaktu ze strany okolí**, které vyvolávalo nepříjemné pocity (jako „prašivá ovce“, jako „bych měla mor“, atd.).

„Bála jsem se, že se mě někdo zeptá a já budu brečet... a nakonec se mě vlastně nikdo na nic neptal, a to bylo ještě horší. Já byla vlastně podruhé těhotná, poměrně krátce po prvním porodu, takže

to na mně bylo vidět. Tady je to malé, nízké paneláky, všichni se známe, v krámě se potkáváme, potkávali jsme se i tady na tom plácku. Nebo když jsme chodili do kostela, takže to všichni věděli. Takže jsem se věděla, že to všichni vědí. Nejdřív jsem se bála, že budou všichni ptát, co se stalo, a pak mě mrzelo, že se vlastně nikdo neptá.“ (Vanda)

Velmi důležité bylo **potvrzení významu ztráty okolím**. Naopak setkávání se s **racionalizačními mechanismy**, které se snažily poukazovat na důvody, proč je pro dítě lepší, že se nenarodilo, bylo pro většinu respondentek (11) zraňující.

„Potom jsem potřebovala, aby se mnou o tom to okolí mluvilo. Aby nad tím nemávlí rukou, ale povídali si. Potkala jsem kamarádku, je mladší, bylo ji tak... tak 22 a řekla mi, tak si zase potom pořídíte další miminko, to neva, ne... to jsem si říkala, co to dělá, vůbec neví, o čem mluví... pak aby mi neříkali, že to bude dobré, aby se na to dívali, jako já, že se to klidně může stát i podruhé, ale aby si se mnou o tom normálně povídali a viděli to i trochu mýma očima a neříkali jen, že to bude dobré, že je to bude fajn... to mi fakt nepomáhalo, ač je to asi divné.“ (Markéta)

„Setkala jsem se i s názorem, že jako ani ještě Tomášek nežil, že jsou třeba děti, co jsou už 2 dny na světě...“ (Táňa)

Jako významný podporující prvek popisují respondentky **aktivní nabízení pomoci**. Nekonkrétní nabídka, která vyžaduje aktivitu na straně respondentky, není vnímána jako vhodná. Naopak aktivní a konkrétní nabídky pomoci, které může respondentka přijmout nebo odmítnout a vyžaduje minimální aktivitu a její straně, byla respondentkami označena jako nejvhodnější.

„Aby mě vtahovali do života. Bylo pro mě těžké, někomu se ozývat, ale já jsem byla vděčná, když někdo zavolal a dal konkrétní nabídku a řekl, pojd', půjdeme tam a tam. Nebo já přijdu za tebou, to jsem opravdu většinou vůbec neodmítala. Nechtěla jsem jen o ničem moc rozhodovat sama, na to jsem neměla sílu.“ (Markéta)

3 respondentky hovořily o tom, že upřednostňovaly nové aktivity vzhledem k nové, neznámé společnosti lidí, která nevěděla o proběhlé zkušenosti. Kontakt s tímto novým prostředím umožňoval zážitek interakce s lidmi bez zátěže pocitu pozorování a potřeby vysvětlování.

„Já jsem vlastně chodila mezi lidi, ale mezi lidi, kteří o mně nic nevěděli. Chodila jsem anonymně na nákup. Dokonce jsem se po šestinedělí přihlásila na zumbu, ale chodila jsem na místa, kde to nikdo nevěděl. I z baráku jsem vycházela, když jsem slyšela, že na chodbě nikdo není.“ (Vanda)

„Na jednu stranu to bylo fajn, měla jsem kam chodit, ale na druhou stranu jsem se nemohla vůbec zařadit do kolektivu, všechno jsem si... všechno jsem vobřečela. Každou hloupou poznámku, která nebyla ani mířená na mě, jsem obřečela.“ (Silvie)

❖ **Spirituální aspekt prožívání ztráty**

Spiritualita se může stát sama o sobě oporou v náročné situaci. Snažila jsem se sledovat signály spirituálního aspektu prožívání perinatální ztráty.

Častým pomáhajícím faktorem spirituálního aspektu je **nalezení místa, kde je o dítě dobře postaráno**. Spiritualita pomáhá v **hledání smyslu** či vysvětlení, proč se to stalo, jaký význam tato ztráta má.

„...jaké by to miminko bylo, kdyby bylo, to jsem o tom hodně přemýšlela, ale asi žádnou budoucnost nemělo. Nejsem sice věřící, žádného vyznání, ale týká se to té spirituální stránky. Určitě ale v něco věřím. Takže asi nemělo tu budoucnost mít. Ale jak by nám ten život obohatilo, tak to bych určitě věděla, na to často myslím.“ (Markéta)

„A vlastně jsem cítila strašnou potřebu... prostě mít nějakou naději, že je o to miminko dobře postaráno. Že se neztratilo někde v nenávratnu, ve tmě. No, a že existuje ještě někde dál. Přesně tak. Takže tohle, když se mi vrátilo zpátky tak se mi udělalo trochu líp. Trochu hodně líp.“ (Petra)

Spirituální aspekt také napomáhá v odloučení. Pohřeb nebo jiný **rituál rozloučení** či zvyklosti, duchovní praxe mohou posloužit jako určité zábradlí, které napomáhá provést člověka danou situací. Více o souvislostech pohřbu uvádím v části výstupů analýz věnovaných truchlení.

„Kdybych si mohla promluvit s nějakou řádovou sestrou, že by to bylo možná také jiný. Mně tedy křesťanská církev není moc sympatická, ale tohle by mi pomohlo. Jak jsem četla ty příběhy na stránkách, že je normální to dítě pokřtít, rozloučit se s ním. Tak říkám, mě to zas tak až, no, možná si to nechci přiznat, ale jo, mluvit s někým, kdo považuje za hotovou věc, že to miminko je někde, kde je o ně j postaráno.“ (Petra)

„Potkala jsem se na jednom semináři s psychologkou a ta mi řekla, ať už přestanu takhle truchlit, že to miminko nemůže odejít, že ho zdržuju tady v tom meziprostoru a nemůže odejít. Ty mu

vlastně ubližuješ! Pořád jsem na něj myslela, představovala si, jak by asi vypadal, co bych mu koupila, co bych mu četla, kdyby svítilo sluníčko, co bysme dělali... ta rada, že ho mám nechat jít, mi moc pomohla. Uvědomila jsem si, jak jsem sobecká, jak si ho tady stále držím u sebe, že to není asi dobrý. Že se to z nějakýho důvodu asi stalo a já bych to měla přijmout. Přestala jsem na něj tak intenzivně myslet, a když jsem si ho představovala, už byl někde v mlze. Co už není vidět...“ (Slávka)

Spirituální aspekt se ukázal u jedné respondentky jako **významná opora** v situaci rozhodování o ukončení těhotenství.

„Že jsem byla zodpovědná za to rozhodnutí, že miminko umře, a takže tím, že umře pokřtěný, tak to bylo pro mne takový asi uklidňující. Byl to jeden z bodů, co mi to ulehčilo, tu situaci, že jsem se s tím asi líp smířovala.“ (Anežka)

Spirituální aspekt nabízí **způsob jak být v kontaktu se zemřelým dítětem**, jak s ním zůstat ve spojení. Respondentky také hledají adekvátní a přiměřené formy, podoby, kterou lze dítěti přisoudit a která je pro ně přijatelná a příjemná.

„...mě zajímalo, jak to vidí lidé nějakého vyznání. Ty rozhovory pro mě byly zajímavé, moje představy jsou jen mé konstrukce, nebo prostě úvahy.. líbila se mi teorie, že tam na nebesích máme každý svýho anděla a ten se za nás přimlouvá. To řekla jedna praktikující katolička a to se mi moc líbí. To je takové úsměvné...“ (Lada)

„Ne, nejsem věřící a ani nevěřím, že se k nám tohle miminko vrátí v podobě jiného dítěte. Ale tak to není, tohle bylo jedinečné miminko a tak to zůstane. Ale na těch serverech Anjeliky.sk, nebo Emimi občas maminky napíší, jak jsou tyhle děti zhmotněny do podoby andělíčků a jsou někde, kde jim je dobře. Jedna maminka o tom napsala krásnou povídku, taková jakási ptákovina, nebo jak bych to řekla... jak existuje v nebi městečko andělíčků, kde si tyhle děti spolu hrají a je jim dobře, tak to jsem chtěla, abych tomu věřila.“ (Markéta)

Spirituální aspekt nabízí také možnost, **kam lze nasměřovat svůj hněv**, zlobu, agresi. 2 respondentky popisovaly svou rozhněvanost na Boha, 1 respondentka uváděla v dané souvislosti ztrátu a znovu nalezení víry, nepopisovala však novou kvalitu tohoto aspektu.

„...a musím říct, že jsem ztratila jakoukoliv víru k té bytosti nahoře. To jsem také v té porodnici nechala A hrozně mi pomohlo to setkání s vámi. No, jako že asi nahoře někdo bude přeci jen. Takže to.“ (Petra)

„No, po tom jsem velmi toužila. Asi taky z toho důvod, že jsem věřící, hodně věřící. Měla jsem prostě jistotu, že smrtí nic nekončí. Že ty bytosti přecházejí do hezčího světa. No jo, ale teď jsem v nemocnici byla bez té víry. Říkala jsem si, kde ten chlapeček je. Což je taky těžký, když se nemůžete přesvědčit, jak se tomu dítěti daří. A teď jsem měla pocit, že třeba taky vůbec nic není. Ale ten váš zážitek mě zas tak ukonejšil. Že jsem tak zase jako alespoň kousek té víry se ke mně vrátil. Protože i když to těhotenství je a vy odcházíte z porodnice bez dítěte, jste stejně máma.“ (Petra)

„...naopak mě to odradilo v tom, že v Boha nevěřím. Že tohle by se nemělo... Kdyby byl Bůh, proč by ty ženský nechávaly děti v popelnicích, vraždily je a tak...“ (Silvie)

Pro některé respondentky (4) nebyl spirituální aspekt důležitý, jejich postoj je spíše neutrální.

„Ne, já jsem nevěřící, takže nic se mi nevybavuje. Nic tím ale nechci říct... Možná je pravda, spíš jsem se chtěla dopátrat, kde byla ta příčina. Něco, co by se dalo uchopit. Informace, že z 90% mají děti pupečník omotaný, ale nic se jim nestane, mě neutěšila... Ne, že bych chtěla nějakou informaci dostat, ale pro mě sdělení třeba, že to děťátko má nedej Bože nějakou vadu, to je strašný... Ale říct, že je naprosto zdravý, váhu, míru mělo naprosto v pořádku, mi vůbec nedává smysl. Nemůžu se s tím smířit, vyrovnat. Já vím, je tam to malý procento, ale to pro mě není...“ (Táňa)

„Kupodivu vůbec, sice mi to nezhoršila, ale... Na diskusích jsem četla, jak ta víra maminkám pomáhá, ale mně teda vůbec. Spíš jsem si uvědomila, že si člověk musí víc pomoci sám, než někdo jinej... Začala jsem se míň spolíhat na Boha.“ (Vanda)

Spirituální prožívání v průběhu zkušenosti perinatální ztráty vedlo u některých respondentek (3) ke **kvalitativní změně obecného prožívání spirituality** jako takové. Uvádějí zejména nový druh poznání či nový rozměr spirituality a intimnější vztah k Bohu.

„Asi jsem nějakým směrem vyrostla v tý víře, posunula jsem se jinam. Dokážu třeba přistupovat k tomu Bohu nějak jinak. Taky mám pocit, že když u něj mám to dítě, že máme takovej intimnější vztah... Asi líp to nedokážu říct. Vnímám třeba, že mne zasypal spoustou milosrdenství, jako jo... že prostě bez něj bych to prostě nedala.“ (Anežka)

„Ten čas a ten prostor byla ta malá „výhra“ na celým tom procesu... co jsme tam mohli strávit. Že jsme měli čas se rozloučit citově i duchovně. Povíдали jsme si s mužem, i když ne všechno jsem mu mohla říct, celkově o celém světě, o rodině a měla jsem takové vhledy, které jsem potom už nikdy neměla. Týkalo se to utrpení, ale na světě, vnímala jsem to jako... nějaké ženské poznání, které je jakoby navíc, že kdyby si muži prožili sílu přirozeného porodního procesu, možná by na světě nebylo tolik násilí. Fascinovalo mě to, že to prožívám, že to, co jsem měla načtené z knížek, které mě

oslovovaly, o přirozeném porodu, je zhmotněné. Cítila jsem to jako takové poselství. Že ten kdo prochází tím přirozeným porodním procesem, nemůže páchat takové násilí, co na světě je. Že je to tak zbytečné...“ (Lada)

„Pro mě to byly strašný stavy takový beznaděje, když jsem tu víru ztratila, to bylo, já nevím, tak na tři týdny. Tak určitě, kdo tu víru nemá, tak přesně, taky si to neumím představit. Že to takhle vnímá pořád.“ (Petra)

„...spíš že se fakt musím spoléhat víc na sebe. Ono se říká „přičiň se sám a Bůh ti pomůže“, takže se musím víc přičinit sama... Mám tu víru ale pořád stejnou, i když mě to překvapilo... Myslela jsem, že budu Boha buď úplně nenávidět, nebo naopak vstoupím ještě do hlubší víry.“ (Vanda)

8.2.2 Výzkumná otázka č.2

❖ Jaké copingové strategie byly ženami využívány?

Copingové (vyrovnávací) strategie pomáhají se zvládnáním náročných situací a zátěží. V rozhovorech jsem sledovala, jaký typ copingových strategií ženám v kontextu zkušenosti perinatální ztráty pomáhal, jaké nástroje využívaly. Každý z nás disponuje celou řadou těchto strategií, které se naučíme vědomě používat v zátěžové situaci či krizi. Psychosociální zátěž žen v situaci perinatální ztráty lze spatřovat zejména v oblasti ztráty emocionální rovnováhy, ohrožení sociálních vztahů (změna sociálních rolí, prožívání sociálně negované role – neuznané mateřství, sociální stažení, atp.) a také ohrožení pojetí světa, jeho smyslu (filozofický pohled na svět, nutnost čelit situaci, která je v rozporu s logickým během života). Na sledování copingových strategií jsem se zaměřila také v rámci vizuální analogové škály.

Copingové strategie, zmiňované respondentkami, zahrnovaly zejména aktivity, které napomáhaly tomu zůstat autentický a **být v kontaktu se svými pocity, ulevit si** pláčem či hněvem, **orientovat se** ve svých pocitech, aktivní vyhledávání informací a orientace v problematice. Respondentky zmiňovaly **potřebu samoty, odreagování emocí** (křik, pláč), **kontakt s přírodou** (procházky).

„Pak přišlo období, kdy jsem potřebovala čas pro sebe, být sama. Vzpomínám si, kolik času jsem strávila jen tak zalezlá v posteli, tam jsem potřebovala, aby mě to nechali odžít, aby mě nechali být.“ (Ester)

„Cítala jsem se mizerně. Začala jsem chodit na procházky...“ (Lada)

„Procházky, dobré počasí, příroda a pokus o zastavení myšlenek.“ (Martina)

„...tam mi nejméně pomohlo, když jsem sedla do auta, když už ta bolest byla fakt nesnesitelná a jezdila jsem – my bydlíme na venkově, takže tam mám možnost jezdit tam, kde nikdo není a tam křičet a brečet jako opravdu v plné intenzitě, jak to člověka opravdu nutí. A kdyby mě někdo viděl, tak by se asi divil. Ale když jsem to zpětně říkala té své paní doktorce, tak říkala, že to byla přirozená reakce a že jsem udělala dobře, že jsem to v sobě nijak nedusila.“ (Petra)

„Já si z toho šestinedělí nepamatuju, co mi pomáhalo, já nevím, co jsem dělala, nepamatuju si skoro nic. Nevím, kdy se to zlomilo, ale zlomilo se to, až když jsem začala hledat práci. Chodili jsme s manželem asi hodně do lesa na procházky, někam, kde jsme nikoho nepotkávali.“ (Silvie)

„Mě dělalo dobře chodit, ale potom císaři moc nemůžete, tak jsem chodila po okolí, abych měla alespoň nějaký pohyb. Asi to byla potřeba od té situace utýct. Tak jsem měla pocit, že když se vzdaluju od toho domova, tak uteču. Vždycky v té přírodě se nabiju a můžu zase fungovat. .. to byl duben, květen, kdy se ta příroda probouzí a je to velký zdroj síly.“ (Petra)

„No a taky mi ta dula hodně pomohla, protože jsem hledala alternativní medicínu, tak mě nasměrovala, kudy si myslí, že by to bylo dobrý, např. na rodinné konstelace. Ty mi strašně pomohly. Ale až tak za rok. Ne hned bezprostředně. Jo, ještě mi K. poradila ty stránky... a to mi taky moc pomohlo.“ (Petra)

Dále respondentky využívaly strategií sociálního charakteru - **sdílení** v rámci mezilidských vztahů, sdělování vlastních pocitů, **využívání stereotypu jako stabilizačního prvku** (návrat do práce, péče o další děti, práce v domácnosti, na zahradě).

„...v rámci toho hojení po té operaci, když jsem byla sama doma, tak jsem si neuměla představit, jak se o ně budu starat sama, protože jsem se nemohla hejbat moc, ale ve chvíli, když ty děti přišly domů, tak pak člověk úplně zapomene na nějakou bolest fyzickou... že je to vlastně přetlučený těma dětma, což je určitě dobře. Asi by to bylo těžší, kdybych ty děti neměla. Že to si myslím, že je takový ulehčení té situace, že ty myšlenky můžou jít trošku jinam, když ty děti tam jsou, že člověk není zavřenej mezi čtyřma zdima. Že se v tom jakoby tak nenimrá a neříká si co by, kdyby...“ (Anežka)

„Pak mi ještě pomohly ještě „anjelici“, to jsou vlastně slovenské stránky. Kde jsem napsala rozlučkovou stránku. To bylo ještě v době, kdy jsem byla zavrtnaná v té posteli. Měla jsem ještě nějaké pracovní povinnosti, tak jsem ležela s notebookem. Vytvořila jsem poměrně dlouhou báseň, kterou jsem měla vytvořenou vcelku lehce během asi 5 minut. Tak jsem ji tam umístila. To mi hodně pomohlo.“ (Vanda)

„Tak, v podstatě my jsme o tom nemluvili. S mámou, jinak s nikým. Já jsem s tím nikoho nechtěla zatěžovat, stejně vám nikdo s tím nepomůže. Takže jsem dělala ty běžné věci, zahrada, domácnost. Život musí jít dál.“ (Petra)

„Ano činnosti týkající se domácnosti byly důležité. Po porodu jsem shodou okolností ukončovala a vracela se zpět do práce.“ (Kristýna)

„Záměrně jsem to dala na facebook, založila jsem tu svoji stránku a začala s tím nějak pracovat, abych se právě nezbláznila, nebo mě to nezabilo.“ (Lenka)

„...začala jsem 1 den v týdnu pracovat. To mi strašně pomohlo. Pak mi pomohlo to chození na zumbu, to jsem chodila tady kousek, manžel hlídal hodinu a 10 minut i s cestou. Chodila jsem mezi lidi, kteří o mně vůbec nic nevěděli, a to mi moc pomáhalo. Začala jsem taky jezdit na rotopedu...“ (Vanda)

„Hned potom šestinedělí jsem nastoupila do práce, kde jsem o tom mohla mluvit a kolegové byli hodně ohleduplní a mluvili se mnou o tom. Samotnej návrat do práce mi velice pomohl. Začlenění se do normálního stereotypního života, kterej jsem žila před tím, mi moc pomohl.“ (Slávka)

„A potom jsem nemluvila o tom, že mi pomohly diskuse na internetu. To sdílení, že nejsem blázen, že ty moje pocity jsou normální, že se to bude nějak vyvíjet... že... Jo, existuje i naděje. Když vidím těhotnou na ulici, to mě moc bolí, ale když otěhotní někdo, s kým si třeba píše, zažil to, co já, tak mám obrovskou radost, že se to podařilo.“ (Silvie)

„A hlavně jsem začala dělat něco, co jsem dřív vůbec nedělala. Měla jsem totiž averzi na činnosti, který jsem dělala dřív. Bylo to takový příjemný odreagování.“ (Vanda)

„To pečení vánoční mi potom ale pomohlo. Něco jsem dělala.“ (Táňa)

Objevila se také potřeba aktivně se angažovat v dané problematice, **pomáhat ostatním** ženám. 1 respondentka se začala věnovat oblasti pomoci ženám s perinatální ztrátou a rozšiřování informací spojených s tímto tématem. 1 respondentka začala aktivně pracovat v oblasti zdravého životního stylu se zaměřením také na problematiku těhotenství a mateřství.

„Založila jsem ten web a začala jsem se angažovat v pomoci ostatním, který prožívaj podobný věci.“ (Lenka)

„Vždycky jsem měla sociální cítění a chtěla jsem pomáhat, a když jsem zjistila, že v té oblasti není možný nalízt informace, vydala jsem se touto cestou. Naťukáte do internetu tohle téma a vyleze vám nula, nula, nic.. Příběhy těch ostatních, komunikace s nimi mi pomohla se nezbláznit.“ (Lenka)

„Mám i jednu hodně blízkou kamarádku, kterou jsem ale kontaktovala spíše já. Stalo se jí něco podobného, ale později, tak jsem jí chtěla pomoci. Vždycky jsem chtěla pomáhat, a toto pomáhání mi vlastně pomáhá se s těma věcma vyrovnat.“ (Lenka)

V neposlední řadě jsou patrné i copingové strategie **spirituálního charakteru**, napomáhající **udržet vnitřní konzistenci vnímání světa jako smysluplného místa**.

„...a nevím no... je to takový, asi v tu chvíli jsem to nejvíc odevzdávala Bohu... No a doufala, že to tak má být a že je to tak úplně nejlepší...“ (Anežka)

„Já to беру tak, že si sám tu šňůru přemotal, snažím se na to myslet s takovou něhou... že to byl takovej „rošřák“, že si to sám způsobil, tak se snažím na to nějak nahlížet.“ (Markéta)

„Věřím a vždy jsem věřila na anděly, a tak se mi lehčeji žije. A teď vím, ačkoliv mi trvalo dlouho, než jsem to přijala, že je tu se mnou Filípek jako malý andílek, cítím jeho blízkost, i když jsem si před tím si myslela, že je to blbost... My spolu hodně komunikujeme. Je to ale pro mě hodně neuchopitelná věc. Spousta lidí, včetně mého muže je proti tomu. Ne, nechci říct úplně proti tomu, ale nevěří tomu, nevědí, jak to uchopit, nerozumí tomu... Já sama v Boha nevěřím, věřím v něco, ale Bůh to není.“ (Lenka)

Za samostatnou kapitolu by bylo možné považovat téma **dalšího těhotenství**. Není možné najít žádné obecně platné doporučení v souvislosti s následujícím těhotenstvím. Většina respondentek (7) uváděla, že další těhotenství bylo významným mezníkem, jakkoli jeho prožívání bylo ovlivněno zkušeností perinatální ztráty. Je zjevné, že další těhotenství by mělo ideálně přijít až v okamžiku, kdy žena proces truchlení uzavře. Přičemž délku tohoto procesu nelze zobecňovat (viz teoretická část). Pokud se další těhotenství objeví příliš brzy, může nabídnout jednak odklonění pozornosti od procesu truchlení a jeho následnou konzervaci či neuzavření. Může také rezonovat s potřebou „vrátit běh událostí zpět“, která je v určité fázi procesu truchlení normální.

„Bála jsem se, že když otěhotním příliš brzo, že to budu psychicky blbě snášet...“ (Vanda)

„A tak se taky stalo a já jsem za tu radu dodnes nesmírně vděčná. Za 1,5 měsíce jsem byla opět těhotná a nejvíc mi to pomohlo. Začala jsem se soustředit na to těhotenství a hormony asi způsobil, že jsem se hodně zklidnila.“ (Slávka)

„Já to vnímala jako naději. Předtím jsem cítila totální beznaděj a pak naděje byla najednou zpátky.“ (Vanda)

„Je pravda, že ten druhý syn, říkám to zpětně druhý syn, myslím ten, co je narozený, tak... takže třetí, je na mě hodně fixovaný, možná je to i tím, jak jsem se hodně v těhotenství bála, tak..... tak má diagnostikovaný Aspergerův syndrom, ale přesto všechno jsem za to moc ráda. Že to takhle prostě.... Takhle to asi mělo být. Dávám si do spojitosti to druhé a třetí těhotenství. Ale neumím to tak pojmenovat.“ (Táňa)

„Měla jsem rozporuplný pocity v sobě, jestli otěhotnět hned, nebo počkat. Byly na to různé názory, manžel byl pro, otěhotnět hned. Shodou okolností vyšla v tu dobu na internetu studie, že nejlepší výsledky mají právě těhotenství, která přišla brzy po té události. Já si říkala, kdybych nepotratila spontánně, tak by to bylo asi horší, ale takhle jsem si říkala, že to bude dobrý...“ (Vanda)

„Protože v tu chvíli mi zemřelo dítě a já nepotřebovala slyšet, že za ty 3 měsíce může být další. To já jsem věděla, ale nechtěla jsem to slyšet, měla jsem pocit, že ani za ty 3 měsíce nebudu schopna ještě žít. Že se nebudu schopna ani... jo, to jsem ani nebyla...“ (Lenka)

1 respondentka (po zákroku již není další těhotenství možné) popisovala objevení se **touhy adoptovat dítě**, kterou je možné v tomto smyslu vnímat jako analogickou s touhou po dalším dítěti. Respondentka popisovala, že se tato touha objevila bezprostředně (asi 1 týden) po události a trvala zhruba půl, až třičtvrtě roku, až sama vymizela. Další 2 respondentky tuto touhu popisují v pozdější době.

„No určitě nějak bezprostředně poté. Potom příjezdu domů, možná jsem na to myslela už i v tý nemocnici, ale to si nejsem jistá. Ale doma určitě hned po návratu. Nutně jsem potřebovala adopci. No on na to byl hodně opatrný, našťastí nebyl tak bezhlavej jako já, já jsem byla schopná najít si to na netu a hnedka to začít zjišťovat a tak. To on říkal, do budoucna proč ne, dával tomu čas. On vlastně vnímal to miminko, Davídka, jako svého syna. Protože on vlastně říkal, já mám dítě, mám ho sice v nebi, ale mám ho. A neměl takovou potřebu tý adopce, tak jako já. Nevím, jestli jsem tu adopci kvůli sobě nebo kvůli němu, asi jsem jakoby potřebovala najednou... ta představa, že budeme mít čtyři děti mě jakoby naplňovala a měla jsem pocit, že budeme všichni, až budeme mít fyzicky ty čtyři děti.“ (Anežka)

Některé respondentky (3) měly problém s otěhotněním v případě dítěte, o které později přišly. Tato zkušenost ovlivňovala jejich rozhodování o tom, kdy se začít snažit o další těhotenství. Dlouhodobé neúspěšné snažení o otěhotnění je bezpochyby také velmi zátěžovou zkušeností. Respondentky zmiňovaly, že se bojí opakování této zkušenosti, a proto začínají s pokusy otěhotnět velmi záhy po perinatální ztrátě.

„Byla jsem nakonec ráda, že jsme se začali snažit hned, ale věděla jsem, že to moje doktorka nebude schvalovat. Taky nebyla moc nadšená, ale já věděla z těch diskusí, že je to dobrý, 3 měsíce potom, abych otěhotněla. Jen jsem se trochu bála, aby se nenarodil Jiříček ve stejný termín. To jsem opravdu nechtěla. Naštěstí to bylo o 2 týdny dřív... to těhotenství mi fakt hodně pomohlo... nemusela jsem proto být tak dlouho v tom negativním, smutným pocitu, že se nedaří otěhotnět.“ (Vanda)

„Pak jsem šla také v době Vánoc na kontrolu po šestinedělí a tam nám bylo doporučeno, abych alespoň tak půl roku neotěhotněla. Ale o tom jsme mluvili s manželem a věděli jsme, jak dlouho jsme teď čekali, tak jsme neuposlechli, tak... Ono to hned vyšlo, a to mi hodně pomohlo.“ (Táňa)

Křehká radost z dalšího těhotenství a vnímání tohoto **těhotenství jako mezníku**, který přetrnul nebo ukončil určitou životní etapu, se objevuje i u respondentek, které otěhotněly později než 1 rok po události. 1 respondentka absolvovala dlouhodobou psychoterapeutickou léčbu v souvislosti s psychosomatickými obtížemi, které se po události objevily.

„Otěhotněla jsem rok a 2 měsíce od toho prvního porodu. Já se teď usmívám, i když to lehké vůbec nebylo, ale byla to ta nejlepší medicína na ten můj stav. Musela jsem ale zohlednit to moje těhotenství a ukončila jsem ty psychoterapie, to rozpětí. Ještě, než jsem to ukončila, jsme se s mým mužem sešli u té psycholožky, každý sám s tím, co potřeboval. Neprobíhalo to těhotenství ideálně. Ležela jsem na rizikovém těhotenství, tak ty terapie musely skončit. To těhotenství potom bylo hodně náročné a těžké.“ (Lada)

Jsou zcela zjevné také **změny v prožívání dalšího těhotenství**. Je možné vidět určitý **citový odstup**, který má respondentku chránit před bolestí v případě opakování ztráty. Někdy se objevují také **somatické obtíže**, které vyvolávají v ženách větší obavy, právě s ohledem na předchozí zkušenost, objevuje se **nedůvěra ve vlastní tělo**, v jeho možnosti a schopnosti. Zvýšená opatrnost a **potřeba větší kontroly** ze strany zdravotníků.

„...to bylo jen u prvního plánovaného těhotenství. Natěšení na miminko. Bylo to jiné... prožívali jsme to s partnerem jinak, než u každého následujícího těhotenství. Ten můj muž se potom nikdy nevěnoval tomu dítěti ještě před narozením. Jenom tehdy mu třeba zpíval. Potom jsme to už nikdy nedělali. Proběhlo totiž to velký zklamání...“ (Lada)

„Zajímavý bylo, v té době nebyly děti po porodu u maminek, byly na bečárnách, a když jsem ho asi po těch 8hodinách po porodu viděla, když mi ho přinesli, jsem si ho rozbalila, spočítala všechny končetiny, prstíky, hlavu a byla šťastná, že je to v pořádku. Na tom oddělení byly ty průšvihové porodky... Bylo jedno, jestli je to kluk nebo holka, jestli bude jednou chytřej nebo blbej, hlavně že má vše, co potřebuje fyzicky k životu. Toto mi určitě nejvíc pomohlo. Narození zdravýho dítěte.“ (Slávka)

*„Když jsem šla na záchod, hlídala jsem, jestli nezačínám krvácet, pořád jsem se kontrolovala. I když jsem neběhala neustále k lékaři, tak jsem se pořád kontrolovala. Věděla jsem, kdybych měla o toto přijít, tak to bych.... Ač jsem o těhotenství věděla hodně, koupila jsem si přesto další knížku.“
(Táňa)*

„Takže jsem ležela od 4. do 6. měsíce a potom od 7. měsíce až do konce. Opravdu poctivě. Děloha se stahovala v 15minutových intervalech. Někdy více, někdy méně. Takhle mě nikdo neznal. Jednou jsem byla předávkovaná i hořčičkem, ten stav byl hrozný. Každý den byl důvodem k oslavě. Takhle mě nikdo neznal. Celkově jsem po celou dobu byla jako heroinová královna naprosto. Vystrašená, úplně... mimo sebe, oddělená od toho těla...“ (Lada)

„Já jsem po té zkušenosti s tím mrtvým miminkem nedokázala uvěřit, že to tohle miminko zvládne. Nevěřila jsem tomu, že bude...“ (Lada)

„Já šla v lednu, to si pamatuju, bylo nádherně, sluníčko... se synem bobovat, a už jsem věděla, že jsem těhotná. Šla jsem rovnou za primářem S. a ten mi řekl, že to bude hodně rizikový. Přesto jsem cejtla... nezlobil se, i když mě upozorňoval, že to má být nejdříve za půl roku, tak to vzal a cejtla jsem tam tu podporu. To mi určitě dodávalo hodně síly. U toho těhotenství jsem se víc hlídala a o to víc jsem byla opatrnější.“ (Táňa)

I u respondentek, které ještě žádné další dítě nemají, jsou patrné **zvýšené obavy z dalšího těhotenství** a potřeba zvýšené lékařské kontroly.

*„... jen si stále asi kladu za vinu, i když se snažím na to nemyslet, ale že jsem mohla na ten ultrazvuk zajít dřív. Ale je to zase ponaučení a teď už vím, že u toho dalšího těhotenství budu vyžadovat neustálé kontrolování, budu hysterka, i když jsem pořád říkala, že hysterka být nechci...“
(Markéta)*

8.2.3 Výzkumná otázka č.3

❖ **Zda a jak napomáhají procesu truchlení a integraci zkušenosti podporující faktory:**

- **Sociální opora a aspekty.**
- **Spirituální a přesahové aspekty.**

❖ **Sociální opora a aspekty**

Sociální opora je bezpochyby jednoznačně nejvýznamnějším podpůrným faktorem, uváděným respondentkami. Vzhledem k rozsáhlosti tématu jsem tuto oblast rozdělila na několik částí s různými charakteristikami a rozdílnými očekáváními ze strany respondentek.

Partner

Podpora partnera se ukazovala v rámci šetření jako **jeden z nejdůležitějších pilířů**. Byla respondentkami jednoznačně očekávána, a pokud se nedostavila nebo nedosahovala očekávané míry a kvality, bylo to pro respondentky (3) výrazně zraňující. Studie ukazují, že v případě potratu truchlí oba rodiče, a obecně lze říci, že délka těhotenství ovlivňuje míru truchlení zejména u otců. Obtíže se dají tedy předpokládat spíše u ranějších perinatálních ztrát, kdy otec ještě nenavázal s dítětem vztah v takové míře jako matka. Nemusí to však být pravidlem.

*„Myslím, že nikdo nebyl schopen mě podpořit, všichni spíše podporu potřebovali. Bylo to těžké období, zjistila jsem, že jsme na to nebyli jako široká rodina připraveni. Tato situace prověřila mezery ve vztazích. Nejvíc mi pomáhalo mluvit se sebou, k sobě a k nenarozené v obdobích, kdy mě nikdo neslyšel, během probdělých nocí a dlouhých dnů. Rodina o tom mluvit nechtěla, chovali se jako by se nic nestalo, snažili se mě bavit. Stáhla jsem se tedy do sebe. Manžel se uzavřel do své práce.“
(Martina)*

„Mluvit o tom, říct, že není třeba všem dnům konec. Ale manžel to vůbec nepovažoval za důležitý. Měl pocit, když jedno dítě odešlo, tak kdyžtak budeme mít druhý, no... Měla jsem pocit, že ta ztráta pro něho není vůbec významná...“ (Slávka)

„My jsme totiž měli krizi už hned ten druhý den, co jsem přišla z nemocnice. Dohodli jsme se na tom, že nechci alespoň týden žádné návštěvy a jak jsem ležela v té posteli, tak jsem slyšela, že jsou u nás nějací lidi, tak jsem poslala manželovi sms, ale on nereagoval. 2 hodiny jsem se tam vztekala a

pak jsem vylezla a viděla, že tam jsou manželovi rodiče, se kterými moc dobře nevycházíme, takže z jeho strany jsem to brala jako velký podraz. A následně jsem zkolabovala, takže manžel volal záchranku, rodiče vyhodil.“ (Vanda)

Respondentky zmiňují **důležitost přítomnosti partnera** (6) u porodu/potrátu, popřípadě kontinuální přítomnost v porodnici, jeho blízkost a možnost sdílení zážitku (5), **společné zažívání ztráty**. Zážitek, který může přinést novou kvalitu do společného vztahu respondentky (3) s jejím partnerem.

„Bylo to příjemný, mně bylo fyzicky hodně zle, nebyla jsem schopná se ani obsloužit, tak mi to pomáhalo, že tam byl. Měla jsem horečky. I když původně jsem neměla záměr, aby u toho byl, tak jsem nakonec byla moc ráda, že mi pomáhal na záchod a v nevolnostech... Za první, že tam se mnou byl. Za druhý, on je sice manžel, ale své city dává těžko najevo, a v danou chvíli se naprosto otevřel a já mu za to byla nesmírně vděčná. Poznala jsem ho úplně z jiný stránky. (Lenka)

„Určitě partner, partner nejvíc... ten mě podporoval, držel za ruku u porodu, chválil, že to zvládnou, říkal mi, že se to příště povede, to jsem v té porodnici potřebovala slyšet. Ten jeho smutek byl hodně velký. Kdyby se se mnou nechtěl bavit, tak by náš vztah asi skončil. Mamka mi volala do porodnice, potom i taťka a sestra, ta byla hodně blízko, s tou jsem si psala a volala několikrát denně.“ (Markéta)

„Utvrdila jsem se v tom, že je mi mnohem blíže, než jsem si původně myslela, že se na něho můžu ve všem 100% spolehnout. Víím, že kdyby se mi něco stalo třeba zdravotně, určitě mě nedá do ústavu, ale postará se o mě. I fyzicky... Následně i ta chvíle společného rozloučení s naším miminkem byla moc důležitá.“ (Lenka)

„Ač to bylo hodně těžké, přišlo paradoxně takové zásadní „hezké“, ne hezké, ale zásadní uvědomění si našeho vztahu s mužem. Čekali jsme společně, až se narodí to malé, malinkaté, mrtvé miminko, bylo hezký, že jsme mohli zůstat spolu na takovém malém prostoru s výhledem do přírody, do krajiny, na oblohu, loučili jsme se a vzájemně jsme se hodně podporovali. Teď jsme si ještě říkali, jak to řekneme té rodině...“ (Lada)

„No, ale byl tam samozřejmě můj partner, ale ten byl z toho taky v šoku. Ale do dneška jsem mu vděčná, že tam zůstal se mnou, než mě vlastně odvezli na ten sál. Tak to byla taková podpora.“ (Petra)

„Tak jsem si sedla k internetu a začala si studovat všechny ty příběhy a osudy lidí, co je potkalo to samé co mě. Já jsem hned při příchodu domů nechtěla vyhledávat psychologa. On totiž úžasně funguje můj manžel, on přesně ví, co kdy jak říct... kdy potřebuji obejmout, když se začínám

rozsypaná, vycítí to a všeho nechá a běží ke mně. Je ochoten to do nekonečna se mnou rozebírat. A tak....“ (Markéta)

„Ta přítomnost a že to cítil stejně jako já... Že tam prostě byl...“ (Silvie)

„Spíš více mlčeli jsme spolu. Cítila jsem tu jeho účast.. byl jen prostě tam... on není tak, jako že by toho moc namluvil. Ale byl tam jako ta opora...“ (Táňa)

Partner také může tvořit jakousi **bariéru**, nárazník, který zadržuje neadekvátní, nechtěnou, nadměrnou či nepřiměřenou formu kontaktu z okolí respondentky (2). Napomáhá **regulaci sociálního kontaktu**.

„Prosila jsem i manžela, aby mi to korigoval, ať mi nikdo nevolá, ať mi nikdo nepíše. Nedělalo mi to totiž moc dobře.“ (Markéta)

Těhotná žena má mnohem více zážitků s dítětem, vzpomínek, dítě je pro ni mnohem reálnější než pro kohokoli jiného. Proto je patrný i **rozdílný přístup k truchlení mezi rodiči**. Na otci obvykle leží řada organizačních záležitostí, povinnosti doma, pracovní závazky. Často tato situace vede k tomu, že se muži stáhnou, truchlení potlačují, odkládají, zahrnují se úkoly, unikají do pracovních povinností. I přesto může být jejich podpora pro respondentky významná.

„On samozřejmě věděl, že chodím na psychiatrii, že vyhledávám pomoc i vedle, ale nijak jsem ho netlačila, aby o tom se mnou mluvil. Myslím, že si to sám zpracovával o samotě.“ (Petra)

„Protože sice jsme se o tom nebavili ani nevedli žádné hovory, ale pořád byl se mnou. Vracel se z práce dřív a pořád se mne snažil nějak zabavit, vozit na výlety. Nikam neutíkal. Asi tak.“ (Petra)

„Měli jsme s přítelem svatbu a hned druhý den, kdy se sem nastěhoval, jsem si musela jít lehnout do porodnice. Takže nevyřešený partnerský věci, samozřejmě jsem čekala jeho podporu, ale ta bohužel nepřišla. Takže jsem měla pocit, že jsem v tom úplně sama. Celou tu dobu, co jsem byla ty tři měsíce v porodnici, byly hodně náročné.“ (Slávka)

Rodina

Rodina bývá respondentkami vnímána jako **bezpečné místo**, kde mohou svůj smutek **sdílet**, nacházet **respekt a pochopení** či jen být samy v kontaktu se svým smutkem a cítit se chráněné před okolním světem. Pokud měly respondentky v době události již děti, často jako

rodinu vnímají sebe, partnera a děti. Pokud se jednalo o první dítě, pod pojem rodina zahrnují respondentky také svoje a partnerovy rodiče a případně sourozence rodičů.

Jako efektivní a účinná podpůrná intervence ze strany rodiny byla respondentkami označována možnost sdílení, dostatek prostoru pro vyjadřování emocí respondentky (7), přímá praktická pomoc (péče o děti, domácnost, apod.) (2).

„Manžel, sestra, mamka mě nechali o tom mluvit, vybrečet se. Jen poslouchali, nebo se mnou plakali a objímali mě, ale nechali mě... neříkali, už nebreč, je to pryč. Poslouchali mě a nechávali mě vyplakat.“ (Markéta)

„...potom jsem měla ještě bratra. Ten mi se švagrovou moc pomohl. Že o tom se mnou hodně mluvili. Nevyhýbali se se mnou mluvit... Chodili k nám a povídali si se mnou o tom.“ (Slávka)

„Tam bylo ještě dobrý, na tom pokoji jsem volala mamku, ještě jsem neřekla, že jsem tam nebyla úplně sama. Moje mamka bydlí v H., tak přijela a byla tam celou dobu se mnou. Za to jsem byla moc ráda. Že tam někdo byl, s kým jsem si o tom mohla povídat.“ (Táňa)

„Sestru jsem moc nezmínila, ale je pro mě hodně důležitá osoba, ale bydlí teď daleko... Ve Z... Ta jako jedna z mála zkoušela přijít na kloub, jak se mnou navázat tu komunikaci. Dokázala vycítit, kdy je vhodný tu komunikaci navázat, kdy mě nechat být. Myslím si, že uměla... Dokázala odhadnout, kdy bych chtěla mluvit i o něčem jiném.“ (Táňa)

Jako nevhodná nebo neadekvátní podpora rodiny byla vnímána **nedostatečná kapacita pro truchlení (2), nepřítomnost autentického a respektujícího kontaktu (4), nepřítomnost pomoci s dětmi (2).**

„Povzbuzovali mě, ať se netrápím, neležím v té posteli, šoupli mi to starší dítě, který potřebuje mámu a to mě mělo postavit na nohy, ale to jsem já nepotřebovala. Potřebovala jsem, abych měla víc času na sebe.“ (Ester)

„Maminka začala tak zlehka komunikovat až asi 3 týdny po porodu. Občas sem zajela, něco přivezla... Nechci říct, že spolu nevycházíme, ale takový ten zdravý vztah to určitě není, ta podpora tam nebyla nikdy. Čekala bych třeba, že si vezme týden volno, bude tady se mnou, obejmě mě, bude mě opečovávat, věnovat se mně, tak to se opravdu nestalo. Ze strany manželských rodičů to bylo ještě horší. Opravdu slovy nic... Tam jsem tu podporu čekala a tak to bylo ještě těžší než u mé rodiny, kde jsem tu podporu nečekala.“ (Lenka)

„Tak já bych si bejvala přála, aby moje maminka, nebo tchýně si udělaly čas a přijely za mnou. Byly tady se mnou, tejdny, 14 dní, 3 tejdny.. a sdílely ten smutek. Byly mi k dispozici, třeba jen

seděly, uvařily čaj, povídaly si se mnou, plakaly a další věci, co bych třeba týden či 2 potřebovala. Nabídnutí i pomoci, co jsem potřebovala. A to bohužel nepřišlo.“ (Lenka)

„Hrozně mě štváli manželovi rodiče, kteří se mě snažili neustále zabavit něčím jiným, jen ne aby mě poslouchali, co se stalo. Pořád mluvili o něčem jiném, maminka je chemička, tak mluvila o věcech z práce, kterým já vůbec nerozumím.“ (Markéta)

Přátelé

Respondentky očekávaly také adekvátní formu podpory ze strany přátel. V této oblasti respondentky narážejí na obtíže ještě mnohem více než v rámci rodiny. Převážná většina výpovědí nese negativní konotaci (11). Největšími nedostatky jsou **nedostatečné pochopení, zlehčování významu ztráty, nevhodné poznámky** pronesené ve snaze poukázat na kladné aspekty ztráty, zrcadlící racionalizační mechanismy dotyčných. Také **vyhýbavé strategie** ze strany přátel vnímaly respondentky velmi bolestně.

„Já měla kamarádky, měly jsme dlouhé hovory, ale ne na toto téma. Všechny kamarádky se snažily toto téma vypouštět. Kromě těch webovek, kde jsem si o tom mohla povídat s maminkama, co měly stejnou zkušenost, tak nebyl skoro nikdo.“ (Vanda)

„Ne, v práci ne, tam jsem nastoupila až po tý události, ty mě předtím neznali. S nimi se o tom dokážu i bavit. Tam funguju dobře, dokážu se s nimi i smát, bavit se. Ale ty bývalý kamarádky neprojevíly na začátku žádný větší zájem a já jim to teď nemůžu zapomenout. Já vím, že to pro ně bylo asi hrozně těžký... Ony se chtěly asi o tom bavit, jen nevěděly jak, ale mě to moc bolelo. Ony zatím děti nemaj, nedokázaly se asi do té situace vžít, ale mě to pořád hodně mrzí.“ (Silvie)

„Ne, já jsem si to říkala, že ten, kdo si to nezažil, tak to není schopen pochopit. Já to vidím u těch svých kamarádek. Ony se snaží, ale potom řeknou nějakou poznámku a já mám co dělat, aby mě to nevytočilo. Kamarádka třeba řekla, že to našťve, když to dopadlo jinak, než jsme plánovali... To není o tom, že to našťve, ale ona to tak nemyslela. Nebo teď farář v kostele: tak už máte náhradu za Jiříčka. No teďka co jako... Já říkám, že to není náhrada, že když vám někdo umře, tak ho nikdo nenahradí. Oni nechtějí ublížit, ale z toho co říkají, je patrný, že vůbec nevědí o co jde...“ (Vanda)

„Když jsem čekala dvojčata, měla jsem pocit, že jsem měla kolem sebe spoustu rádoby kamarádů, nevím, jak to popsát, ale pak když se to stalo, nedokázali poslat ani SMS.“ (Silvie)

„Já jsem tam naznačovala, že potřebuju, aby za mnou přijeli, nepotřebovala jsem žádný konkrétní věci, jako uvařit, uklidit a tak, jen třeba kdyby někdo z mých přátel zvedl telefon a řekl, já přijedu. A byl tu, to by mi pomohlo a tak mám přátelství postavené já. Neví, jak mu třeba pomůže, ale bude tam. Jen tam bude. V těžký chvíli je to důležitý...“ (Lenka)

„Reakce okolí byly dvě základní. Vyhýbání se tématu a nebo zlehčování. Vnímala jsem to bolestně a bohužel se stahovala do sebe.“ (Martina)

„Aby se ptali, jak se cítím, mluvili o našich chlapečcích, jako že byli naší součástí, ale většinou o nich nikdo nemluví. Mám pocit, že mluvím pořád dokola, ale nevím, jak to jinak říct. Prostě když brečím, když mluvím o chlapečcích, neznamená, že se o nich bavit nechci.“ (Silvie)

„Potom se také v této době ode mě odvrátila spousta přátel. Což se někdy asi stává...“ (Lenka)

„...pochopila bych, kdyby nevěděli, jak se k tomu postavit, co říct. Já jsem proto vytvořila ten web, kde jsem všechny neustále informovala, jak to prožívám, prožíváme jako rodina, bylo to takový volání o pomoc, co vlastně potřebuju.“ (Lenka)

„Potom jsem chtěla být v kontaktu, ale jen s lidmi, o kterých jsem věděla, že budou dostatečně citliví, vybírala jsem si... budu si moct s nimi poplakat, ale nebudou mě jen litovat... ale na druhou stranu budou vyprávět také o jiných věcech, no zkrátka to s nimi bude takové přirozené. Lezli mi na nervy lidé, kteří se o tom nebavili, dělali, že... Já vím, bylo to pro ně ale těžké, nechtěli mi to připomínat, ale mně to hrozně vadilo.“ (Markéta)

Jako příjemnou podporu vnímaly respondentky zejména **nabídku přímé praktické pomoci**. Pokud se objevuje pouze ve formě neutrální nabídky, vyžadující aktivitu respondentky, je vnímaná sice pozitivně, ale spíše jako obecné vyjádření podpory. Jako ideální označují respondentky (4) nabídku konkrétní, jasnou, kterou je sice možné odmítnout, ale jinak nevyžaduje na straně ženy žádnou další aktivitu.

„Jedna známá, dnes velice dobrá přítelkyně, přišla a řekla, že si vezme malýho na týden na hory. Byla jsem ji za to nesmírně vděčná. Vůbec nevím, co bychom tady s ním v týhle situaci dělali, moc nám to pomohlo. Měla jsem sbalit jen to nejnnutnější a ona se o zbytek postarala. To bylo skvělé!“ (Lenka)

„Po návratu domů jsem byla vděčná za každý kontakt, když mi ti lidé volali a psali, že sice neví, jak se cítím, že to musí být hrozné, ale že jsou tu a chtějí mi pomoci, když budu chtít já.“ (Markéta)

Odborníci

Do kategorie odborníci jsem zařadila jednak zdravotnický personál, ale také jiné pomáhající profese, např. psychology, psychoterapeuty, dule. Očekávaná podpora z jejich strany měla jednak podobu informační (podávání informací, jejich poskytování v odpovídající a respektující formě), ale také vztahovou. Respondentky (8) očekávaly „**lidský**“ přístup,

empatické jednání a **účast, celostní pohled** na věc (nikoli jen medicínsko-biologické či jinak úzce specifické souvislosti).

„Tu a tam s vámi promluví sestřičky a nějak vás potěší, ale je to málo. ... byla to aktivita jen několika sester, podpořit, lékaři se nesnažili vůbec. Nedali ani naději. Nic...“ (Slávka)

„Všechno to byla aktivita porodnice. My jsme si o nic neřekli a oni nám to sami takhle umožnili. I když kdyby to nenabídli, budu to vyžadovat sama. Byli ale rychlejší. Taky jsem dostala kontakt na „Dlouhou cestu“, o který jsem vůbec nevěděla. Považuji se za člověka se širokým záběrem informací, zajímala jsem se o vše, co se týká porodu a těhotenství, tak to jsem si myslela, že vím skoro všechno, a tohle jsem vůbec netušila. Až posléze jsem bohužel zjistila, jak je tady malá osvěta v této oblasti, hledala jsem na německých i anglických serverech a v těchto vyspělých zemích jsou mnohem dál, ale u nás osvěta nula.“ (Lenka)

„...ale jaké řeči mi nepomohly, to vím jistě. Věty typu: Nebojte se, za 3 měsíce se do toho můžete pustit znovu. Když to dítě žena potratí, ale když ho porodí mrtvý?!.. Nebojte, vy jste zdravá, mladá, a přijdou další. Za to bych skoro i vraždila.“ (Lenka)

Ve zdravotnickém zařízení se s účastí a empatickým přístupem setkávaly respondentky převážně u středního pečovatelského personálu, sester a porodních asistentek a lékařek **žen**. Dále také byla pozitivně oceňována podpora **duly** (3).

„O dětech určitě nemluvila, ale mě se snažila podpořit. Já ji každou chvíli otravovala, byla jsem protivná, a ona vždy přišla a ochotně mi to vysvětlila. Chválila mě, když jsem porodila.“ (Silvie)

„...a tam je pravda, že ta paní doktorka byla moc příjemná, první... Ona mi během toho porodu všechno vysvětlovala a taky se mě zeptala, jak to chci po tom porodu. Jestli chci chlapečka vidět? Jak si to s děťátkem představuji. Tak mi chlapečka ukázala a na mé přání mi sdělila míry a váhu miminka. Říkám, to byl první milý kontakt.. Byla opravdu moc milá a příjemná. Potom ona dodávala taky sil do dalšího...“ (Táňa)

„Jenom tím, že tam se mnou byla. Že tam se mnou seděla, povídala si o dítěti, co mám doma. Ani mě nemasírovala, jen tam se mnou byla...“ (Ester)

„A co se týká samotné porodnice, tam byli všichni výborní. Přišla třeba primárka, sedla si k nám a chytla mě za ruku. Oslovovali nás křestním jménem a projevovali nám svoji účast. Soucítili s námi, i když neplakali, ba naopak se snažili být pozitivní, např. když jsem musela ještě na nějaké vyšetření, tak mě povzbuzovali, ať jsem silná, že to zvládnou, že to bude dobrý.“ (Lenka)

„Dula byla ochotna stejně smýšlet a to mi moc pomohlo. Proč se to stalo zrovna mně, kde jsem udělala chybu... a ona to trpělivě poslouchala... Když jsem mluvila o duši, nebo o fyzických

obtížích, byla ochotna na to pohlížet stejně jako já. Nedokázala třeba na některé věci odpovědět, ale měla kapacitu mě poslouchat. To už můj muž nezvládal...“ (Lada)

„Dula byla bezprostřední, energická, jak se rozčílila, rozčarovaná, bylo vidět, jak ji naprosto přirozeně ten můj příběh zajímá, zajímala jsem ji já. Přinesla s sebou nadhled a zkušenost i náboj... přinesla to, co jsem znala jenom z knížek. Ona byla takový záchvěv... To bylo významné setkání v těžkou chvíli pro mě.“ (Lada)

„...povzbuzovali mě i nadále způsobem jako, že se tu potkáme za rok a že to už bude to zdravé miminko a to bylo hodně příjemné.“ (Markéta)

Sdílená zkušenost

Většina respondentek sdělovala (10), že zážitek perinatální ztráty je takové kvality, že je jen velmi těžko možné jej sdílet. Přitom je často patrná **velká potřeba sdílení**. Pokud se respondentky (8) setkaly s jinou ženou, která prošla obdobnou zkušeností, sdílení pro ně bylo posilujícím zážitkem. Uvádějí, že je nadějný, **povzbuzující a podporující kontakt s někým, kdo perinatální ztrátou také prošel**, se zkušeností se adekvátně vyrovnal, nezažívá již takovou bolest ze ztráty a má i další děti. Respondentky (5) opakovaně hovoří o tom, že jakkoli se jedná o tabuizované téma, když se samy s touto zkušeností potýkaly, začaly se v jejich okolí vynořovat spontánně takovéto příběhy, respondentky zjišťovaly, kdo a kdy se také s takovouto ztrátou setkal a jak se s ní vyrovnával.

„...ono vlastně hodně lidí ti říká, že chápe, jak se cejtíš, ale nemůže. A u tebe jsem věděla, žeš to taky zažila a to pro mne bylo takový jako přiblížení. Sblížení.“ (Anežka)

„A co bylo ještě důležitý, že jedné mé také poměrně blízké kamarádce se tahle věc stala také, a asi 2 měsíce přede mnou. Nebo něco podobnýho, miminko mělo srdeční vadu a zemřelo asi 3 hodiny po porodu. Pro mě bylo strašně důležitý vědět, co se děje potom s tím miminkem, co je s ním dál, tak jsem ji pořád otravovala, ať mi o tom vypráví. To že ona to samé prožila o několik let dříve a mohla mě ujistit, že život půjde zase dál. To pro mě bylo moc důležitý, jako že to tímhle nekončí, protože já ten pocit konce měla. Dostala jsem zase naději, že je šance mít ještě někdy další a zdravý dítě... já měla pocit, že se z té situace nevybábrám.“ (Ester)

„Potom se objevila velká skupina lidí, co měla stejnou zkušenost, třeba i ve věku mé matky, různých kamarádek, nebo lidí... Bylo to hodně posilující, když mi ty ženy říkaly, že to taky před 30 lety zažily.“ (Ester)

„Bylo pro mě důležitý sdílet ten můj příběh a slyšet příběhy ostatních, který přišly o dítě, ale teď už měly další dítě. Jako že to jde. Že to pokračuje, že to tímhle nekončí. Že se ta bolest jednou zmírní, že nebude už taková. Nikdy to z vašeho života nezmizí, ale nemusí to být už tak zraňující jako teď a to bylo pro mě nejdůležitější.“ (Lenka)

❖ Spirituální a přesahové aspekty

Čelit perinatální ztrátě znamená čelit něčemu, co odporuje přirozenému běhu života. Spirituální a přesahové aspekty mohou napomoci nalézt **přijatelný tvar, formu či rámec pro takovou zkušenost.**

Pro některé respondentky byl spirituální aspekt významnou podporou. Bylo možné nalézt jednak tradiční podobu, katolické vyznání (2) a židovské vyznání (1), ale také jinou, osobitou formu spirituality (4).

„Takže myslím si, že díky té víře, že se nám to jakoby líp odůvodňovalo i prožívalo. Jak v celý té době před i po. I jsem vlastně říkala, že si nedovedu představit, kdybych nebyla věřící, jestli bych to vůbec ustála. Myslím si, že je to jeden z těch opěrnejších bodů. Kterej mě hodně i v tomhle i jako obecně pomohl.“ (Anežka)

Přesahový aspekt může zjednodušit **„odevzdání“, přijetí a akceptování ztráty.** Může nabídnout **pomoc při hledání smyslu události,** porozumění, nabízí určitý rámec pro pochopení toho, co se stalo.

„...a nevím no... je to takový, asi v tu chvíli jsem to nejvíc odevzdávala Bohu. No a doufala, že to tak má být a že je to tak úplně nejlepší...“ (Anežka)

„Že i těm dětem se jakoby líp chápe, co se s ním stalo. Že když už muselo umřít, takže je to snesitelnější. Nevím, jak bych to strávila, jak bych se s tím smířovala, kdybych nebyla věřící.“ (Anežka)

Církevní rituály nabízí žitou a tradiční podobu rituálu rozloučení či pravidla, která pomáhají člověka provést obdobím smutku, tvoří jakési zábradlí, kterého je možné se v náročné situaci držet. Vzhledem k tomu, že častým prožitkem v tomto období bývá chaos a zmatek, nabízí-li se člověku něco, co napovídá, co, jak a kdy se má dělat, může to pomoci

kotvit a stabilizovat člověka v realitě. Nabízí jakýsi **tvar pro proces truchlení**, které tímto normalizuje.

„Nejsme vůbec věřící, ale potřebovala jsem, aby to mělo nákej tvar, podobu, jakoby řád. A v tom nám vyšli vstříc.“ (Ester)

„Byl to pohřeb do země. Byla to docela depka. Byl to hřbitov ve Strašnicích, kde je dlouhá alej, šli jsme tam my, rodiče a pár kamarádů, bylo to šílený. Spouštěla se do země ta rakev a já si pamatuji, jak můj muž začal házet hlínu a vůbec nemohl přestat. A nemohl vůbec přestat. Fyzicky jsem mu v tom musela až zabránit. Ale to bylo moc důležitý. Potom si to šel řešit s rabínem. Potom si odmodlil všechny ty modlitby, i když vůbec není věřící, ale udělal všechny ty kroky, co se dělaj, a to mu moc pomohlo. Stalo se to reálný...“ (Ester)

Přesahový aspekt také nabízí možnou **formu či způsob, jak být v kontaktu se zemřelým dítětem**, umožňuje rodičům zažívat, že se **vazba mezi nimi a dítětem** zcela nepřetrhla, neoddělila. Může nabídnout také **přijatelnou konkrétnější podobu dítěte** (andělíček) a **místo, kde je o ně dobře postaráno**.

„Myslím, že to taky mělo největší vliv na to, že jsem se s tím smířila. To je taky pojem... smířit se. To že můžu jít ven, zasadit mu tam kytičky, popovídat si, nebo když mi je zle, zavřu oči a nacítuji tu jeho blízkost, tak to mi neuvěřitelně pomohlo. Ulehčilo ty věci žít...“ (Lenka)

„To jsem neudělala, s tím miminkem jsem se nerozloučila, protože vlastně zase tím... na tý jakoby křesťanský, věřící bázi...tak pro mě to miminko...že to neskončilo. Není to ukončený, ale to miminko vlastně tímhle směrem jakoby... je s náma pořád. A právě proto, že jsem věřící a strašně moc lidí kolem mě to vnímá stejně, tak i to je jakoby... že jsem se s tím miminkem vyloženě nechtěla loučit a že jakoby je s náma dál a jenom je prostě jakoby v nebi.“ (Anežka)

8.2.4 Výzkumná otázka č. 4

- ❖ **Jaké je subjektivní vnímání míry integrace zážitku, vyrovnání se zkušeností, průběhu procesu truchlení?**

V této části jsem se snažila nalézat analogie, podobnosti či kontrasty prožívání procesu truchlení u respondentek s poznatky, popsanými v teoretické části. Sleduji tedy průběh

procesu truchlení a hledám faktory a aspekty, které mu mohou napomáhat nebo naopak bránit. Dále se zaměřuji na subjektivní vnímání míry vyrovnání se s perinatální ztrátou u jednotlivých respondektek.

Průběh procesu truchlení

Prvním důležitým úkolem, budu-li používat optiku Wordenovy teorie úkolů, je **přijmout realitu ztráty**, přijmout fakt, že se to skutečně stalo. Jednoznačně vhodnou a adekvátní pomocí v tuto chvíli může být možnost dítě vidět, být v kontaktu s jeho tělem, rozloučit se. **Kontakt s tělem dítěte** nabízí jasnou podobu dítěte, vzpomínku, ke které je možné se vztahovat. Další vhodnou oporou může být nějaká **forma památky**, předmětů, které se vztahují k dítěti a stávají se tak jakýmsi **důkazem jeho existence ve světě**. Důkazem **reálnosti mateřské role**, kterou žena zažívala, ale která po porodu nepokračuje, není okolím takto akceptovaná. **Potřeba důstojného a respektujícího zacházení s tělem zemřelého dítěte** je také jakýmsi potvrzením jeho existence jako člověka, který měl pro své rodiče význam, hodnotu.

„Ale přijde mi to z toho katolického pohledu jakoby důstojný. Protože pro mě už vlastně je to miminko už v tom prvopočátku, když zjistím to těhotenství, tak už to vnímám jako živej plod, jako člověka, fyzicky. A takže mi to přišlo fajn, že to vlastně, když už se to muselo stát, tak že to bylo takový, jak to mělo bejt. Neměli jsme klasickéj pohřeb, ale prostě jsme ho sami dali do toho hrobu. Je to takový i v rámci těch dětí, pro ty děti možná líp pochopitelný, co se s tím miminkem stalo, že není někde vyhozený, nevím...“ (Anežka)

„Udělal nám taky otisk nožičky a dala veškeré údaje o miminku. Nechala nás s Filípkem rozloučit.“ (Lenka)

„I třeba to, že ta moje sestra řekla, že to bude vždycky pro ni její synovec, když jsme se bavili, že to pro nás zůstane jako náš syn...“ (Markéta)

„...a proto jsem nemohla dlouho přijmout slovo, že jsem potratila... Já to prožívala jako porod, jako proces, který nějakou tu dobu trval. Já sama jsem na tom ale lpěla. A teď s nadhledem a odstupem doby to jako potrat beru, pozdní... Tehdy jsem to potřebovala zpracovat. Tenkrát jsem se potřebovala utvrdit, že jsem se stala matkou... takový společenský uznání...“ (Lada)

„Já jsem ještě potom, to mi poradila K., moje dula, si nechala udělat otisky, a ty do dneška mám. To jsem udělala dobře. Kdyby mi to K. neřekla, tak bych o té možnosti ani nevěděla.“ (Petra)

„Mně strašně vadilo ne to neuznání, ale že není žádná vzpomínka, žádná památka, žádný důkaz, žádná fotografie, na který nemám vidět ani těhotenské břicho. Nikdo nedokázal pochopit, že

potřebuju víc sedět, odpočívat, že mi sebrali i těhotenskou průkazku, a to byla věc, na který jsem lpěla... tak... Hlavně jsem ani to dítě nikdy neviděla...“ (Lada)

„...ani jsem nechtěla. Neměla jsem na to sílu, ale teď mě to hrozně mrzí... Když si čtu příběhy těch maminek, co maj fotku, nebo otisk, tak mě to opravdu hodně mrzí... Mám fotky z ultrazvuku a video z ultrazvuku. Jinak nic. To mám taky, krabičku věcíček. Ale něco, na co bych si mohla sáhnout, nebo kouknout, že existovali, bohužel nemám.“ (Silvie)

„V obálce mám schovanou celou tu těhotenskou průkazku, teď si říkám, že mi ji nechali. Že to nikdo nepostrádal... Všechny snímky z ultrazvuku, i rodný list a tak... všechno mám.“ (Táňa)

„...hlavně že to okolí to miminko nevnímá, jako že existovalo, taky člověk nemá žádnou hmatatelnou vzpomínku, kde by mohlo říct, ono to dítě opravdu existovalo. Že prostě furt bojuju s tím, jak to uchopit, jak to dítě zhmotnit. Že to dítě zná jenom ta maminka.“ (Vanda)

„Já jsem žila v tom, že se to v tom prvním trimestru může stát, o tom se hodně mluví, ale potom, když to už ta žena cítí, jak to dítě v ní žije, tak to se nedá říct přeci, že to dítě nebylo.“ (Vanda)

„Týkalo se to toho miminka... nectili ho jako člověka... teď je to výborný, když mi náhodou někdo z okolí pláče na rameni, že potratil v prvních měsících a že to tedy neměli tak brzy oznamovat, tak já jim vždycky říkám, že jsem tak poctěna, že to vím, že vlastně to miminko očekávali, že to vůbec není špatně, že to řekli. Víم teď, jak to mělo znít správně...“ (Lada)

„Pak se ta sestřička vrátila a miminko se narodilo na jedno velké zatlačení a ten „tvar“, co vyšel z té vaginy, to bylo to jediný, co jsem si zažila... tělíčko, hlavička, na ty dva oblouky jsem si „ohmatala“. Naráz vyšla i placenta a já byla pyšná, že jsme to zvládli.“ (Lada)

Respondentky, které měly **možnost dítě vidět** (3), tento fakt zpětně velmi oceňují, jakkoli to v daný moment bylo emočně náročné. Naopak některé respondentky, které tuto možnost neměly (10) je zpětně postrádají (7).

„Pořád jsem si představovala, jak vypadá, i když bylo mrtvý, chtěla jsem ho vidět. Ale odmítli mi ho ukázat.“ (Slávka)

„...já jsem tak nesmírně vděčná za to, že jsem si to svoje miminko, malýho Filípka, mohla pochovat, přivonět si k němu, to pro mě je tak důležitý a zůstane navždy ve mně a je mi líto všech těch maminek, co si to bohužel zažít nemohly.“ (Lenka)

„Před tím se mě ještě ten kamarád zeptal, jestli chci to miminko vidět. Já jsem se moc bála, že se to miminko trápilo a že to na něm bude vidět, nebo nevím.. takže jsem ho vidět nechtěla. Pak se miminko narodilo a oni ho odnesli, ale potom se mě už nikdo na nic nezeptal. Potom zpětně mi ten

kamarád řekl, že to miminko bylo moc hezký a prý bylo podobný mému muži. Mě to hrozně mrzelo, že jsem ho neviděla. Já jsem v tu chvíli na to neměla, říct si o to, že ho chci vidět.“ (Ester)

„Za to jsem nesmírně vděčná. Oni nám to sami nabídli. Já od začátku věděla, že ho chci vidět, ale ten šok je tak obrovský, že jsem říkala manželovi, že kdybych nemohla, ať to udělá aspoň on. Ale potom porodu jsme to věděla na 100%, že ho vidět chci. Jsem ale nesmírně vděčná za to, že nám to nabídli. Jsem v kontaktu se spoustou maminek, které po tom toužily a nebylo jim to ani nabídnuto ani umožněno.“ (Lenka)

„Tak já si dnes vůbec nedovedu představit, ale hodně maminek to tak nemá, že by mě uspali a já se probudila a on už tam nebyl. To by pro mě bylo katastrofální. I když je to tak šílená bolest, která vám rve srdce, jsem dnes za to nesmírně vděčná, že jsem to absolvovala takto.“ (Lenka)

„Vědět o té možnosti, že bych ty děti mohla vidět. Nevím, jestli se to vůbec v ta porodnici umožňuje. Dělal jako že nic, mrtvýho brouka. Nevím, jak to říct.. Ptala jsem se jen, no, jestli budou mít kluci rodnej list. Pan doktor mi jen řekl, že v tomhle ohledu se nebude dělat nic.“ (Silvie)

„Ono bylo hodně maličký opravdu... než obvykle děti.... ono skončilo někde v odpadu nějakým.... to je strašný.. úplně stejný jako když mi na veterině neukázali mého psa, kterýho jsme museli nechat utratit. Tak, asi jsem ho vidět neměla. Oni mě těma informacema hodně vyděsili, že to vlastně může být tak hrozné, že to ani manžel nemá vidět.. já jsem potom pátrala, co se děje... já jsem si to potom, bohužel pozdě, přečetla v těch knížkách, co je pro maminky potom důležitý. Hlavně by si to měli nastudovat ty zdravotníci! Měli to ty zdravotníci vědět! Měli! Kdybych měla jen chlup z toho dítěte, byla bych šťastná.“ (Lada)

„Zpětně co se mi vrací, že jsme miminko vidět nechtěli. Potom jsem se na různých diskusích dočetla, jak je to důležité, ale nám to v tu chvíli přišlo nejjednodušší, abychom ho neviděli, aby to ještě více nebolelo, aby nás to potom nestrašilo. Bála jsem se, že nás to bude strašit. Ne ani jak vypadá, já vlastně nevím, jak vypadalo. Asi mě mrzí, že se potom ta asistentka nepřišla ještě jednou zeptat, že se to doporučuje, možná vám to pomůže, možná vám to uleví, že by bylo dobré nám to miminko dát pochovat a nechat nás třeba 5 minut se s ním rozloučit“ (Markéta)

„Potřebovala bych bývala větší vhléd a pocit spolupráce, spolurozhodování, potrebovala jsem se rozloučit, což mi nebylo umožněno. Po porodu dítě odnesli, neviděla jsem ho, dokonce nesměla. Mě uspali.“ (Martina)

„Zase mi něco došlo, že by se měly maminky s těmi dětmi rozloučit. Sice je to tvrdý, je to na patologii, tak je to drsný. Určitě by to chtělo, jak jsem se dočetla na těch stránkách, že vám ho oblíknou a přinesou vám ho. Protože já jsem samozřejmě věděla, že se za ním můžu jít podívat, jenomže já jsme měla hrůzu, že bude na patologii v chladáku, že mi ho tak jako ukážou. To jsem teda fakt nechtěla. Možná z toho jsem měla strach. A říkala jsem si takovou, radši si ho budu pamatovat

živý, ale to je taky takový teoretický. Ale kdyby to bylo tak jak říkáte, že by někdo přišel s tím, že je hezkej.....“ (Petra)

Některé respondentky (3) dítě vidět nechtěly. Je zde patrná **další zátěž, jakou je míra poškození či deformita dítěte**. Tento fakt jednak zvyšuje zátěž a také posiluje disociativní mechanismy. Disociace je obranným mechanismem psychiky, jejímž úkolem je chránit jedince před extrémní zátěží. Pokud je zátěž perinatální ztráty vnímaná subjektivně jako vysoce ohrožující (například v kontextu dalších zatěžujících prvků, jako např. deformita plodu, extrémně necitlivý přístup okolí či absence sociální podpory, atd.), mohou se tyto **disociativní tendence** projevit a způsobit zastavení a předčasné uzavření procesu truchlení.

„No já nevím, oni ho hned odnesli, nechtěla jsem nic vidět. Řekla jsem jim to dopředu, že potom nechci nic vidět. Oni teda byli rádi. Mně se hodně ulevilo.“

„Manželovi dovolili, aby tam byl se mnou, ačkoliv to kvalifikovali jako potrat. 28. týden je na hraně, to miminko má kolem 1 kila, jestli je to potrat, nebo porod a oni se rozhodli pro potrat. S manželem jsme se dopředu dohodli, že miminko vidět nechceme, že chci být ušetřena tomu, aby se vystavoval rodný list a podobné náležitosti“.

„Bylo vidět, že mi fakt přitom nebylo dobře a tak se mi potom hodně ulevilo. Mohla jsem se zase vrátit do života. Byla to velká úleva. Já byla vlastně ráda, že se to papírově udělalo jako potrat. Že jsem to dítě nemusela pojmenovávat, dělat pohřeb a tak, žádný úmrtní list... Hned jsem nastoupila do práce, život se zrychlil a nebyl čas o tom přemýšlet.“

„A nejlepším lékem je co nejrychleji otěhotnět. Kamarádce se to taky stalo a já do ní hučela a jí to taky moc pomohlo. Nečekat na to, že lékaři říkají, že je nutné počkat s dítětem. Pokud je maminka zdravá a bez komplikací, jestli je unavená, to vem čert. Určitě jí další těhotenství moc pomůže.“

Dalším významným bodem může být **rituál rozloučení**. Nemusí se jednat vždy jen o tradiční pohřeb, podoba tohoto rituálu může být velmi individuální, důležitý je jeho subjektivní význam pro truchlícího člověka.

„...pamatuju si, že jsem to nechtěla řešit. Nejdřív jsem vlastně jakoby nevěděla, co s tím miminkem jakoby budou dělat. Nebo mne to asi ani nenapadlo a vlastně až tys řekla, že je možný to nějak jakoby... aby se to nějak ukončilo... já nevím... Nechtěla jsem vlastně nic, chtěla jsem, aby to tou operací skončilo. A ani mne nenapadlo se zajímat o to, myslela jsem si, že bude operace, miminko vyndaj, to bude někde pryč a konec prostě. Já se vzbudím, bude po operaci, půjdu domů a život půjde

dál. Vlastně mi to nějak ani nepřišlo, že bych to měla nějak řešit, nebo že se to může řešit, že je i možnost nějakýho pohřbu...“ (Anežka)

„Mít v sobě vytoužený, milovaný, ale mrtvý dítě, je nepopsatelný pocit. Porodit a potom si ho pochovat, rozloučit se s ním, mi nesmírně pomohlo a jsem za to moc ráda..... Filípka máme v urničce uloženýho tady u nás na zahradě, je udělaná i památeční deska. Původně jsme chtěli Filípka rozprášit na zadní zahradě, manžel totiž na začátku vůbec nevěděl, jak se k tomu postavit, jak to udělat. Nakonec jsme se rozhodli ho uložit takhle a já jsem za to nesmírně vděčná, že mám to místo, to jedno místo, kde je Filípek a je tu pořád s námi. To rozloučení jsem zařekla. Samotný rituál jsme absolvovali jen my dva, naše rodiny bohužel spolupracovat nechtěly. Bylo to hodně komorní.“ (Lenka)

„Ti zdravotníci zase rychle trvali na tom, aby se to rychle odvíjelo... abych rychle dostala narkózu a mohli mě vyčistit. Takže jsem se jen rychle v duchu mohla s tím miminkem rozloučit. Jen jsem zašeptala, že ho, miláčka mého, odevzdávám oblakům. To už byl večer, tak jen jako jen do okna.. už to nemělo tu spojitost... oslovovala jsem ho stejně jako s manželem na tom přípravném pokoji... když jsem nad tím přemýšlela, tak jsem chápala, že má odejít, že má mít tu volnost... to bylo hodně akční, bylo s tím hodně práce... Bylo to opravdu jen takové letmé, protože tam ti zdravotníci kolem mě kroužili... dala jsem mu tu svobodu a volnost, že může jít. Potom jsem už upadala do té narkózy...“ (Lada)

„Tehdy jsem si představovala, že smrt by měla být jakýmsi vypařením... že pohřeb je takový citový rozdírání... nejsem si jistá, jestli je to to správný... na druhou stranu je to takový ukončení. Nosíte to dítě, porodíte a oni vám ho ani neukážou, nevíte, kam ho potom odnesli ani, a tak.“ (Slávka)

„V tom H. mi bylo nejdřív hodně nepříjemný, když mi to řekli, po pitvě si můžete najít nějakou pohřební službu a syna pohřbít. To jsem ze začátku nechápala, neměla jsem tu bolest ještě zpracovanou a měli jsme zase podstupovat tohleto. A sami obstarávat... Ale teď s odstupem času vidím, jak to bylo důležitý, tím se to vlastně ucelilo, bez toho by to nešlo. Měli jsme tady v K. rozptýl a... jsem za to moc ráda. A bylo i to... Já jsem to dítě porodila, i když bylo mrtvý, přišlo na svět, viděla jsem ho a tohle bylo dokončení toho. I když tady nemohl být s námi ani chvíli přítomný, patřil k nám a zasloužil si to. Je to celistvý. Tak se to uzavřelo. Máme kam přijít, zapálit svíčku, dát věneček. Člověk jako ví, že se tady s ním rozloučil. A musím říct, že přesto že manžel, ač nerad, chodí na hřbitov, nevyhledává ta místa, tak sem chodíme pravidelně spolu. Každý rok mu manžel děkuje, že bez něho by možná nebyly ty další děti. Takový jako... poděkování...“ (Táňa)

„V zahraničí je úplně normální třeba pohřeb, to mi hodně chybělo. Mně se totiž hodně špatně mluví o potratu. Pro mě to bylo miminko a těžko se mi říká, že se to miminko potratilo. Já jsem ho prostě porodila, i když bylo mrtvé. Naštěstí mám kamaráda kněze, tady v B., a on nám udělal soukromý pohřeb i se mší a to mi hodně pomohlo. Mně tam hodně chyběly ty rituály. Všichni se totiž pořád tvářili, jako že se nic nestalo. I v té porodnici...“ (Vanda)

Dalším úkolem je **zpracování zármutku**. Důležitá je **možnost jeho vyjádření** a pocit, že i s takovou formou smutku, který žena zažívá, je pro své okolí přijatelná a akceptovaná. Jakákoli aktivita, která potlačuje prožitek bolesti a smutku, v konečném důsledku brání procesu truchlení. Sdílení a adekvátní účast okolí je podporujícím faktorem napomáhajícím procesu truchlení.

„Měla bych alespoň argumenty vůči té rodině, okolí, kteří říkali, už toho truchlení bylo dost, je už čas vzchopit se a jít dál. Určitě nejen vůči té rodině, ale také vůči mně. Já už totiž byla taky nalomená, že to možná přeháním, že se v tom možná moc babrám a tak... místo toho, abych si to prožila, jsem se snažila pořád to překonávat a to nebylo dobře.“ (Ester)

„Stále totiž potřebuji účast toho okolí. Jsem ale pořád překvapená, kolik lidí s náma drží... Mám kolegyni v práci, která sama děti nechce, ale když jsem viděla, jak je z té informace zdrcená, tak mi to hodně pomohlo, cítila jsem tam právě tu její účast. A to chci vlastně pořád i teď... Takže účast ostatních, porozumění, pochopení je pro mě pořád jedna z nejdůležitějších věcí. Ne aby mi říkali, ať už toho smutnějí nechám, ať už jsem zase veselá.“ (Markéta)

„Je, po těch 10 měsících se to určitě zlepšilo. Měla jsem nějak rozumově v hlavě to, že se má rok dodržovat smutek. Tak jsem to tak měla. Nebyl to sice rok, ale těch 10 měsíců. Potom jsem si už řekla, že se sebou musím něco udělat, a začala jsem uklidem skříně, vyházela jsem všechny věci, co jsem před tím nosila, ty růžové trička, trička s červenými puntíky a tak.. začala jsem preferovat kostku a vyměnila jsem barvy. Přestala jsem nosit barvy, co jsem nosila předtím. Ted' nosím hodně černou, hnědou a fialovou, předtím jsem hodně nosila růžovou, žlutou oranžovou... Těch 10 měsíců jsem se ani moc nelíčila, dávala jsem si jen linky na oči a to bylo tak všechno... bylo mi úplně jedno, jak vypadám, přestala jsem nosit dlouhé náušnice, co jsem nosila před tím.“ (Vanda)

Důležitým úkolem rodičů je také **přizpůsobit se světu bez dítěte a najít adekvátní formu spojení s ním**, způsob, jak dobře žít i bez něj. Dokončit proces odloučení a přitom najít nový, přiměřený způsob spojení s dítětem, najít rámec či formu, jak zahrnout jeho existenci do své osobní historie, integrovat zkušenost společného, byť krátkého života.

„Ten prostor nechat mě mluvit. A číst si ty příběhy a moct u nich plakat. Když jsem třeba 2 dny nebrečela, byl uvnitř takový přetlak, který musel ven, ale nešlo to na povel. Musel bejt nákej podnět. Takže jsem u těch příběhů plakala a to mi moc pomohlo. Potom jsme také po nějaké době koupili velkou svíčku a vytáhli fotky z ultrazvuku a každý den zapalujeme tu svíčku, u které jsou ty fotky z ultrazvuku a to mi pomáhá. Uklidňuje mě to.....je to takový oltářiček... že tam je nějaký spojení s tím miminkem.. Dohodli jsme se, že až bude domeček, zasadíme i strom.“ (Markéta)

„Ale zase dula mě nalákala na rodinné konstelace a tam se taky pracuje s tímhle tématem těch předků, vlastně s duchovnem. Jsme nějak spojeni s těmi před námi. A ty rodinné konstelace hodně pracují s nenarozenýma dětma. ... Já jsem nejdřív byla na těch několika, vždycky je to takový, nejdřív je to jeden den v T. a že tam si staví konstelace jiní lidi, ale přesně. Tam jsem viděla i nenarozené děti, tam mají svoje místo, že se s nimi ty mámy mohou rozloučit, nebo je to třeba nenarozené dítě nějaké babičky. A no že prostě, přesně jak říkáte. Je to... tak, že ten systém je vidí, že jsou vidět.“ (Petra)

„Později jsem si představovala, jestli syn, který se mi narodil, není třeba ten samej. To mě napadalo... Ale potom jsem to zavrhlá. Že to tak není...“ (Slávka)

„Je zajímavý, když člověku zemře někdo blízký, co ale už v životě něco prožil, je to takzvaně normální. Ale toto normální není. To jsem nikdy nepřijala...“ (Slávka)

„...chtěla jsem dát na hrob své babičky andílka, ale to mi rodiče nedovolili... a z toho jsem byla hodně smutná.. To mě docela mrzelo, že nemám, kde vzpomínat... od té doby nechodím na hřbitov... Chtěla jsem to dát na hrobku babičky, se kterou jsem měla hodně blízký a krásný vztah a zemřela 10 let před tím, než Jiříček... takže jsem na tom hřbitově strávila spoustu času... mohla bych tam chodit a vzpomínat...“ (Vanda)

Srovnání procesu truchlení u rodičů

Často se stává, že rodiče truchlí velmi různým způsobem, a pak je obtížné sdílet s druhým svoje pocity. Rodiče bývají často zaskočeni faktem, že truchlí rozdílně. Ale rozdílné způsoby prožívání jsou normální a vyplývají z běžných rozdílů v osobnostech rodičů, způsobu, jak jsou zvyklí vyrovnávat se s obtížnými situacemi a také jejich sociální rolí. Vliv má také kvalita vztahu, spojení s nenarozeným dítětem, která bývá o mnoho intenzivnější u matek.

Respondentky popisují, že **rozdílnost v prožívání procesu truchlení** u otce, jeho projevů, byla pro ně **matoucí a zneklidňující**. Často se objevoval pocit, že otec netruchlí dostatečně, že neprožívá ztrátu stejně intenzivně jako matka (8). Někdy se může rozdílnost v prožívání procesu truchlení stát zdrojem **partnerského nesouladu** (5).

„J. to nesl statečně, já pak když jsem mu to úplně nevěřila, tak jsem to s tebou konzultovala, jestli je to takhle ok, že mi to přišlo podezřelý. Že já furt brečím a on to vlastně zas až tak neřeší. A je fakt, že on o tom úplně jako nějak hodně nemluvil. On si opatruje první ultrazvukový obrázek asi ze 13.týdne, kdy doktorka zjistila, že je to chlapeček, to bylo úžasný... ale o tom nijak nemluvil. ... a on jako se o tom moc bavit nechtěl, byl takovej jako rezervovanej. Což on obecně je tak. Vyloženě se v tom nijak nenimral, hrozně mě opečovával, jakože nechtěl, abych cokoli dělala ... a vlastně byl takovej...nevím jak to mám říct... takovej bezkonfliktní.“ (Anežka)

„V podstatě jsme o tom nemluvili. Udělali jsme si takový rozlučkový obřad svůj vlastní, a že jsem mu třeba nabízela, jestli si nechce popovídat s paní doktorkou, ale to nechtěl.“ (Petra)

„Potom co se dělo, mi také došlo, jak je špatně, že tam ten můj muž nebyl. Pro něho to bylo hrozně nereálný a pro mě naopak až moc reálné.“ (Ester)

„Já toho partnera z toho vyšachovala sama a později jsem toho litovala. Nemusela jsem se v danou chvíli zaobírat jeho hroucením z dané situace, který by to fakt klidně mohlo bejt. Ale na druhou stranu to pro něho bylo dost nereálné. On si to nějak odžil a chtěl po mně, abych už taky rychle zapoměla a fungovala dál, stejně jako on. Jenže pro mě to bylo hodně reálný. Pro mě tam to dítě bylo a pro něj tam nebylo. Měla tam být ta fáze, kdy jsme tam měli být oba, my dva spolu a to naše dítě!“ (Ester)

„Že tu byl ten můj muž, který to se mnou všechno prožíval a chápal, nic jsem mu nemusela vysvětlovat, povídal si se mnou, i když jemu spíše pomáhalo o tom mlčet.“ (Lada)

„No když začal skřípat ten náš vztah, tak jsem si uvědomila, že jsem mu to v sobě pořád zazlívala, že tam tenkrát se mnou nebyl, že jsem necejtila tu jeho podporu a on měl možná pocit, že jsem se v tom moc babrala.. uvědomila jsem si, že tím vlastně možná vznikl náš vztahový problém.“ (Ester)

„V porodnici jsme byli neustále spolu a ty emoce prožívali společně a naplno. Ne že by je tady už neprožíval, ale on musel na rozdíl ode mě fungovat. To já nebyla ještě dlouhou dobu schopna. On musel hlídat můj tlak, vědět, kdy máme jet k jakýmu doktorovi, a musel se postarat o technické chod domácnosti. Ty jeho emoce šly trochu stranou. Musel už do práce, postarat se o tu domácnost. Zpočátku to bylo hodně těžký. Ted' zpětně vím, že to tak muselo být, že kdyby se o nás nepostaral, tak bychom tady už nebyli. Ale nemohla jsem to pochopit a měla mu to za zlý. Pak jsem to ale fakt už pochopila a koukám ted' na to jinak...“ (Lenka)

„Objevoval se velkej smutek... to je nejvýstižnější - ztráta smyslu života, bylo zpochybněno úplně všechno, i ten náš krásný partnerský vztah. Bylo, ale ted', když se na to dívám zpětně, vidím, jak nám to pomohlo, když jsme oba byli úplně na dně a v té době jsme na sobě začali pracovat. Ač to dřív muž nevyhledával, ted' navštěvoval homeopatku, chodil na terapie, občas jsme šli i společně k psychologce, podle toho jak kdo potřeboval... Moc si za to svého muže vážím.“ (Lada)

„Pro mě byl spíš šok, že v tý porodnici to byl příval emocí a potom to doma odpadlo. Později jsme se o tom bavili, že ho to bolí pořád a není to menší, ale já pochopila, že to ti muži musej mít jinak. Oni to dítě nenesí, nerodí, nemůžou to mít stejně jako my. Smířit se s tím, je těžký...“ (Lenka)

„To bylo nejhorší... Bylo a dodnes jsem to v sobě nevstřebala, že mi tenkrát nepomohl. Ač jsme spolu 26 let, pořád to ve mně je. Od toho přece partner je...“ (Slávka)

„Myslím, že by měl k tomu mrtvým dítěti jiný vztah, že by to vnímal stejně jako já. ... Určitě by to pro něj bylo obohacující. Když jsme měli tu krizi, to bylo asi 3 měsíce potom, co se to stalo, tak

jsem mu při jedné hádce říkala, že se chová, jako kdyby se ho to mrtvé miminko ani netýkalo. A on na to, co to sem pletu, že se to stalo už hrozně dávno. A já na něj zůstala koukat. A tak mi došlo, jak to vlastně prožíváme každý úplně jinak, jak on to vlastně vůbec neprožívá... a on mě odvezl do té nemocnice a pak zase hned odjel a nebyl u toho se mnou, a já se potom vrátila domů a vlastně to bylo, jako by se nic nestalo. Ale já jsem za tu krátkou dobu toho prožila strašně moc.“ (Vanda)

Integrace zkušenosti perinatální ztráty

Snažila jsem se sledovat, kdy a podle jakých signálů začaly respondentky vnímat, že jsou se ztrátou smířené. Některé respondentky (4) uvádějí, že smíření či vyrovnání se s událostí dosud neproběhlo, nebo mají pocit, že proběhnout ani nemůže. Některé respondentky naopak subjektivně pociťují vysokou míru integrace zkušenosti (6). Svou roli hraje rozhodně **čas**. Je patrné, že pokud respondentky mohou reflektovat, že jim zkušenost perinatální ztráty přinesla nějaké **benefity**, ať už v jakékoli oblasti, přispívá tento fakt jednoznačně k jejich subjektivnímu vnímání dobré míry integrace zkušenosti. Často je závěrečným završením, poslední uzavírající etapou, **další těhotenství**. U žen, které mají obtíže s dalším těhotenstvím, se také objevují tendence dítě adoptovat či mít v pěstounské péči (3). Dobrým signálem je také **adekvátní emoční doprovod tématu**. Odpovídající přítomnost emocí, ale vymizení silných emočních vln kolem tématu. Respondentky (6) uvádějí, že je téma perinatální ztráty stále lehce rozesmutňuje, dotýká se jich, ale neobjevují se velké, nezvladatelné či zaplavující vlny emocí.

„...myslím si, že to jakoby překlenulo v té době, když jsem zjistila, že o tom můžu mluvit, aniž bych u toho brečela, nebo že si připadám taková jako smířená. A je to i o tom, že jsem měla takovej čas, když tam ta urna byla, že jsem tam nechodila.“ (Anežka)

„A taky že jsem ho nechala jít, i když jsem měla už miminko, pořád jsem na to výročí zapalovala svíčku, vzpomínala a plakala... a pak když jsem to už jeden rok neudělala, zapomněla, tak to byl ten vítězný krok, cesta jiným, novým, správným směrem. A potom přišlo druhé dítě, a to jsem byla nešťastnější matka...“ (Lada)

„Já už jsem zase za těch pět let objevila, že nemusím být pořád jenom smutná a že jsou na světě jiné krásné věci a že to mateřství je určitě nejvíc, ale jako můžu být celá žena i jinak. No, taky se asi chráním před bolestí. Mám to spojený s tak nepříjemnými věcmi, že už se mi do toho nechce. Ted jsem v takovém příjemném klidu. Ale určitě do toho zase půjdu. Mám to prostě tak a cejtím se taková svobodná. Buď ano a když ne, tak prostě ne. Určitě může být člověk šťastný i bez dětí nebo mít naplněný život i bez dětí, i když je to samozřejmě těžší. A taky jsou samozřejmě opuštěné děti. Myslím

si, že třeba pěstounská péče by pro nás byla dobrá. Navíc se mi narodila neteř. Rok a půl, tak to je mé velké štěstí. Taková velká železná obruč praskla, protože je tak trochu i moje.“ (Petra)

„...ale teď už zapomínám a jsem ráda, že jsem dostála tomu svému přesvědčení. Je už teď nenahmatatelný, je daleko... jsem za to ráda.“ (Lada)

„Že jsem s tím jakoby smířená a že už to nebolí tak, jako třeba před rokem. Že už to asi dokážu prožít, a ne tak, jako že při každé zmínce začnu brečet. No.“ (Anežka)

„Já se s tím právě doteď nemůžu vyrovnat. Jak je to možný, jak se na to nemohlo přijít, když je dnešní medicína na takový úrovni, na jaký je. ... že třeba kdyby častěji monitorovali, tak by přišli na to, že s tím miminkem není něco v pořádku. Když se to stalo večer i té druhé mamince, tak najednou ten druhý den to najedno šlo, najednou začalo fungovat jinak. Chodili častěji, monitorovali. No, proč to nemohlo být předtím i se mnou. S tím se dosud nemůžu vyrovnat. Jen mi říci, že se to takhle stává, mi nepřipadá adekvátní. Nechci nikoho vinit, ale když někdo řekne, že se to takhle stává, to je statistický údaj, ale mám pocit, že se tomu dalo třeba předejít. I když samozřejmě je to teď můj pocit...“ (Táňa)

„Do velký míry určitě jo. ... Jako že na to nemyslím už každé den. Byla doba, asi rok, kdy jsem usínala každý večer s pláčem.. Teď už ty běžný dny jsou v pohodě, fungují normálně, ale v den výročí, nebo když někdo řekne, moje dvanáctileté dítě jde na gympl, tak se mi to všechno vrátí a říkám si, co by bylo, kdyby bylo bývalo...“ (Ester)

„To ne! Je pravda, že po těch 8 letech o tom hovořit můžu, hodně síly mi daly další 3 děti, které potom přišly, ono mi to dává sílu ne na to nemyslet, ale jsem pořád v koloběhu, mám spoustu starostí a není tolik času na truchlení. Myslím, kdyby ty další děti nebyly, určitě by... by to bylo horší. Nedovedu si to představit... Ztrátu vnímám pořád, ale díky tomu záprahu to není tak intenzivní. Každý rok na svátek vzpomínáme, když slyším venku jméno Tomáš, tak jako... pokaždé zbystrím. Na to jméno slyším... Letos by mu bylo 8 let, tak přemýšlím, jaký by byl. Hodně jsme se rozbřečela před 2 dny. Ani nevím proč, ale bylo to hodně silné. Tak to přišlo...“ (Táňa)

„Já bych spíš řekla, že jsem se s tím smířila. Ne úplně vyrovnala. Jsem smířená s osudem. Pro někoho je rok a půl dlouhá doba, pro někoho krátká, teď bych řekla, že asi jo, asi jsem se s tím vyrovnala. Poznala jsem to podle toho, že jsem pochopila, že ten život musím žít dál, že ten život musí mít nějaký jinej smysl, a ten mám.“ (Lenka)

„Dlouho jsem si myslela, že ano, ale později jsem zjistila, že jsem se s tím vlastně vyrovnala až vloni, kdy jsem doprovázela snachu k porodu. Požádala mě o to, ačkoliv jsem se toho neskutečně bála, nedalo se to odmítnout. Takováhle věc se prostě neodmítá. A až tam jsem zjistila, že porod může proběhnout naprosto krásně, v poklidu a tichu. Já měla zažitý i ty dva následující porody jako tvrdý medicínský zásah, jako dramata. Nechtěla jsem tam třeba lékaře, ale to nešlo, jenže já měla představu, že když přijde lékař, bude malér a tak. A snaše bylo vyhověno po všech stránkách a byl to krásný a

přirozený porod a narodilo se nádherný a zdravý miminko, a to bylo završení za touto mojí špatnou zkušeností a přišlo vyrovnání.“ (Slávka)

„Zpracovanou asi jo, ale úplně se s tím nesmírím asi nikdy. Dá se to akceptovat, nebo já nevím, ale 100% zpracovaný to asi nikdy mít nebudu. Vždycky to bude bolet. Ale věřím, že časem to zapouzdří, bude ke mně patřit, ale už mě nebude zraňovat. Že mi nebude smutno...“ (Vanda)

„...na podzim loňského roku, kdy jsme přišli o další miminko a vydali jsme se jinou cestou, cestou žádosti o adopci či pěstounskou péči.“ (Lenka)

„A když došlo ke ztrátě toho dalšího miminka, oba jsme se s manželem shodli, že už děti nechceme. A to pro mě bylo nesmírně těžký, udělat toto rozhodnutí. Vždy jsem ale měla v sobě touhu, vzít si dítě do adoptivní nebo pěstounské péče, jen jsem k tomu nikdy neměla toho správného chlapa. Ale toto byla a je pro mě cesta, kudy chci jít a kam chci směřovat. A tady jsem našla ten smysl toho mého dalšího bytí tady. Vyrovnat se s tím. Tak když se na to koukám zpětně, tak jsem s tou situací vyrovnaná. Ukazuje se mi cesta, kudy jít. Chci další dítě, i když to nebude moje, pravé biologické, ale chci, i když neříkám, že uvnitř potom svým netoužím, ale přijímám, že to je tak, jak je a okolnosti jsou takový, jaký jsou a já tudy tedy kráčím.“ (Lenka)

Nacházení smyslu, benefitu

Důležitým prvkem integrace je také **nacházení smyslu události**. Schopnost dívat se na zkušenost s odstupem, který umožňuje uvidět širší souvislosti a nabízí člověku možnost objevit význam či benefit dané zkušenosti pro něho samotného. Tento prvek je patrný u 6 respondentek. Respondentky popisují posílení partnerského vztahu, spirituální posílení, schopnost lépe čelit náročným situacím, schopnost lépe komunikovat s lidmi v situaci ztráty, nalezení nového životního směřování.

„Bylo pro mě důležité, že o to miminko je také postaráno někde jinde taky dobře. I když přesně nevím jak, ale že ta událost měla nějaký význam. Že to nespočívalo v tom, že jsem něco zvorala, ale že to má nějaký smysl.“ (Petra)

„No, že všechno má svůj smysl. Ale když mi to někdo říkal před 3-4 lety, tak jsem ho s tím trochu posílala do háje. Všechno má svůj smysl, ale každý si ho musí najít sám nebo vlastní aktivitou. Sám ne, ale bylo spoustu lidí, který mi pomohli a bez kterých bych to těžko zvládla.“ (Petra)

„... i když se tomu pořád hodně bráním. Je to pro mě pořád trochu nepředstavitelný, přiznat si, že mi něco tak strašně bolestivého mohlo přinést něco pozitivního. Ale když se nad tím zamyslím, tak určitě ano. I když se mi to hodně těžko uvnitř přiznává. Člověk najde v sobě zdroje, o kterých vůbec neměl tušení, že je má. 100% nám to upevnilo náš manželskej vztah, už do té doby hodně silnej a krásnej manželskej vztah s mým mužem. Měla jsem chuť si někoho najít, ale to bylo jen takový

zoufalství... Když to ten pár ustojí a nerozejde, což se bohužel hodně často stává, tak to potom ten vztah neuvěřitelně posílí. To je pro mě to nejzásadnější...“ (Lenka)

„...mám zkušenost... v těžkých životních situacích, když třeba někomu umře někdo blízký, tak se neschovávám, přestala jsem dělat takovou tu záclonku, když se to týká smrti, ale jdu mu vstříc, v tom mi ten zážitek určitě pomohl. Stydím se za to, jak jsem se třeba zachovala v pubertě k jednomu kamarádovi, kterému umřel tatínek. Nenavštívila jsem ho, protože jsem nevěděla, co mu mám říct. A to mě moc mrzí a musela jsem udělat takovou vlastní revizi....“ (Lada)

„To, co jsem si rozumově zakázala. Oslovovat ho, volat ho zpátky. Postupně jsem se naučila respektovat jakoby jeho osud, jeho rozhodnutí, že je teď jinde, hledat všechny..... ne že důvody, proč to tak bylo, ale podpůrné informace pro můj stav. Co by mě zhodnotilo, proč se takový malý človíček jen tak otřel o náš svět. Proč si vybral právě mě? K čemu to bylo dobré? Byly to takové moje fantazie o takovém odtělesněném životu, spojené s tím mezním zážitkem... prožitkem a cítěním toho miminka uvnitř mého těla.“ (Lada)

„Ale že moje tělo zkrátka neumělo zařídit, aby to miminko bylo zdravý, aby se v pořádku narodilo, právě díky té mizerné stravě. A vnímám to jako svůj úkol informovat o tom ostatní.“ (Petra)

„Ano, vyrovnala jsem se s tím. Trvalo mi to mnoho let. Poznala jsem to podle odeznění úzkostí a stavů fobie, cítím se dobře v mém těle, vnímám klid mysli. Ráda bych řekla, že nelituji této zkušenosti a děkuji za vše, co mě naučila.“ (Martina)

„No, že to nejde hned. Ne, to hned ne. To je opravdu jenom takový teoretický. Pro ten prvotní šok a pro tu bolest, to se na to nedá uplatnit. Nevím, jak bych to řekla. To mi tedy fakt nepomáhalo, že všechno má svůj smysl a že budu posílená. Je to tak, ale člověk na to přijde až časem.“ (Petra)

„Dala mi, že když se člověk dostane na úplné dno, může se z něho odrazit a časem se smířit s ledačíms. A když se v mém okolí něco někomu stane, mám velkou potřebu lidem pomáhat. Víím, jak bylo těžko mně, tak potřebuju těm v nouzi pomoci. Mám vlastně tu povinnost. Z tohoto ohledu mi to dalo určitě hodně.“ (Slávka)

„A tak si kladu stále otázku, proč člověk má nosit dítě, který potom není. Proč se tam trápil, za co to bylo. K čemu to bylo...“ (Slávka)

„Tak to právě nemám. Já mám pocit, že mi to strašně moc vzalo a nedalo vůbec nic. Vzalo mi to víru v dobrý osud. Vzalo mi to tehdy kus našeho manželství, našeho štěstí, vztahu s tím naším starším chlapečkem.“ (Vanda)

„Ať si tou bolestí určitě projde, ať pláče, když potřebuje a vykašle se na nějaký povinnosti, co má. Protože později pochopí, jak to bylo nesmírně důležitý, jak nás ta velká bolest posílila, jak nám něco dala. Je to vlastně opodstatněný, je to naše bolest, naše dítě, naše tělo, naše ztráta, naše zkušenost.. je to hrozná zkušenost, ale může zjistit, že ji to posune úplně někam jinam, dál. Ať to

nevzdává.. A to ujištění, že bude zase někdy líp. Protože spousta těch maminek má pocit, že už nikdy nebude líp, že je konec všemu.“ (Lenka)

8.2.5 Výzkumná otázka č.5

- ❖ **Zda je patrná potřeba psychosociální intervence v jednotlivých fázích procesu vyrovnávání se se ztrátou. V jakém období, v jaké podobě a s jakým obsahem by byla respondentkami vnímána jako vhodná.**

V rozhovorech jsem sledovala, zda se u respondentek objevovala potřeba psychosociální intervence. Zaměřovala jsem na to, v jakém období, jaké kvalitě a s jakým obsahem by měla být, aby ji respondentky vnímaly jako vhodnou, adekvátní. Jak by měla vypadat a kdy by se měla objevit, aby byla ideální.

Co by mělo být obsahem psychosociální pomoci:

Ve velké většině respondentky (10) zmiňovaly potřebu upřesňujících **informací o procesu truchlení**, což by jim pomohlo **normalizovat jejich prožívání**. Informace o tom, jak proces probíhá, jaké fáze mohou očekávat, jaký průběh je obvyklý, jak si mohou pomoci, kde mohou **hledat laickou či odbornou pomoc**.

„Kdyby přišel ten psycholog a dal mi nějakou brožuru, kde bych se mohla něco dozvědět. Třeba kontakt na tu Dlouhou cestu a tak... Potom jsem hledala na tom internetu a našla ty servery, ale jsou to většinou stránky založené maminkou, které se to také stalo. Plácají se v tom všichni... Nikde totiž ty informace uceleně nejsou. Já jsem se tedy do žádných diskusí nepustila. Stačilo mi číst ty příběhy ostatních, ale ubíjelo mě to, že tam píší hned potom, co se jim to stalo a nemá to šťastný konec. Tak jsem se rozhodla to napsat až později... až porodím to zdravé miminko.“ (Markéta)

„...často jsem si říkala, jak je fajn, že jsme o tom mluvili, že kdybych to nevěděla, tak je strašně těžký se s tím pak poprat. Třeba když jsi mi říkala, že je fajn to vědět dopředu a že s tím miminkem můžu rozloučit.“ (Anežka)

„Bohužel se tak nestalo ani náznakem. V tomto cítím veliký dluh. Předpokládám, že kdyby mě někdo informoval, mohla jsem si ušetřit rok utrpení a bloudění.“ (Martina)

„..... možná by mi pomohlo, kdyby mi řekla o tom, co bude, co můžu čekat...“ (Silvie)

„...našla web *Dlouhá cesta a tam byl asi patnáctistránkový výcuc z knížky Prázdná kolébka, aneb jak přežít smrt dítěte, nebo něco takovýho.... a to mi moc pomohlo. Přečetla jsem si to já, můj manžel, jeho rodiče, sourozenci a najednou jsem se zklidnila, protože věci, které jsem si myslela, že můžou být, tam byly popsány a já věděla, že je to normální. Že to není otázka týdnů, ani měsíců, ale možná let... Že při dalším těhotenství budu prožívat strach, že budu dlouho truchlit po mrtvém miminku, že každý z partnerů to může prožívat jinak.“ (Markéta)*

„Sdílet ty informace, určitě jo... Ano, ale asi měl přijít a říct mi to sám. Já jsem si to v tu chvíli nedovedla představit, že povídání s nějakým psychologem potřebuji.“ (Markéta)

Objevovala se také potřeba **normalizace emočního prožívání**, jakkoli se může zdát extrémní a pro respondentky děsivé. Stává se, že ženy napadají myšlenky, za které se stydí nebo je děsí (4).

„*Ted' mi třeba v tom krizovém centru pomohlo, že mi říkali, že nejsem cvok. Protože mě napadaly hodně ošklivé, iracionální věci, kdy jsem si přála, aby to čerstvě narozené miminko mé sestře umřelo. To je strašné. A oni říkali, že je to normální, že to k mému období patří. Bylo to s tím spojené. Aby ta rodinná tragédie pokračovala... to jsem si přála... Já mám totiž pocit, že místo toho, aby ta moje rodina se mnou truchlila, tak se ted' radují z narození toho miminka. Taky jsem už nikoho ze své rodiny celé 3 týdny ani neviděla, ani neslyšela. Taky mě mrzí, že se mnou nesmutnili manželovi rodiče. Cítím takovou jakousi jejich neúčast. Moje mamka si se mnou poplakala, taťka mě objal, ale oni nic.“ (Markéta)*

„*Chyběla mi příprava na domácí poporodní stavy. Nikdo mi nesdílet, že je možné mít takovéto pocity, nedostala jsem ani letáček nebo vizitku na odborníka v případě potřeby.“ (Martina)*

„*Naděje! Tu mi nikdo nedal. Že jsem se na tom nemohla nijak podílet. Já jsem člověk, který se potřebuje na těch věcech podílet. Třeba udělej 20 kliků a ucítíš toto, nebo když uděláš toto, stane se následující. A tady jsem vůbec nevěděla, co dělat.“ (Slávka)*

„*Mně by stačilo, kdyby mě jen poslouchal, nechal mě brečet. Řekl, že jsou ty emoce normální. Já se v tom totiž nevyznala a myslela si, že už sklouzávám k nějaký patologii. Tak jsem si na internetu nastudovala spoustu odborný literatury, ale tyhle informace bych klidně mohla vyčíst už z nějakého letáku, který by mohl být už v nemocnici. Je normální, že prožíváte tohle, v následujících dnech můžete prožívat toto, mohlo by vám pomoci toto...“ (Vanda)*

„... *Hysterický záchvat, velká chuť zemřít. Vlastně ne, nejdříve jsem si přála, abych usnula a probudila se až za rok a měla vedle sebe zdravé dítě. Nebo něco takového.. To mě ale potom přešlo a chtěla jsem hrozně umřít. Asi po měsíci prostě na mě padla ta hrozná deprese. Řekla jsem to O., protože mi připadalo fér, aby to věděl. Ale manžel mě držel, protože pořád říkal, že ho tady nemůžu*

nechat, že beze mě nemůže žít a nutil mě se nad tím zamyslet, jak by bylo asi mně, kdyby mě tu nechal. Pak jsme jednou jeli z L. do P. a já si celou cestu přála, abychom se vybourali a zabili se oba. Že by to tak bylo jednodušší, ale dojeli jsme do P. a já se rozbrečela a 2 hodiny jsem usedavě plakala a nemohla to zastavit, i když jsme byli i na obědě... a tak jsme vyrazili do krizového centra.“ (Markéta)

Respondentky postrádaly někoho **nezúčastněného, kdo by jim naslouchal a nebylo to pro něj zatěžující**, ideálně profesionála. Opakovaně se setkávaly s tím, že sdílení bylo pro posluchače náročné a zatěžující, nebo samy vnímaly **silnou zátěžovost materiálu**, který potřebovaly sdílet a obávaly se sdílení v daném kontaktu otevřít.

„Chtěla bych podporu člověka, kterému bych mohla sdělit své pocity, obavy, strachy, zklamání. Mohla bych před ním plakat nebo se zlobit. Popsat své bolesti a on by mě vyslechl a nabídl cestu ven. Inspiraci, jak se v takové chvíli chovat, jaké jsou zkušenosti jiných žen, co pomáhá, co nepomáhá.“ (Martina)

„Asi to, že jsem o tom mohla mluvit. Protože ty blízký, když jsem měla potřebu o tom mluvit říkali, jo tak to už jsme slyšeli... když jsem potřebovala sdělovat ty details, tak se mi dostávalo odpovědi, že jsem zase negativní a já byla šťastná, že mě na té terapii někdo poslouchá. Dokonce mě rozčilovalo, když mi do toho vstupovala a chtěla něco říct. Já totiž nutně potřebovala, aby mě jen někdo poslouchal.“ (Ester)

„Nechci tím nijak snižovat odbornost ostatních psychologů, ale vím, že jsem sama hodně silnej člověk a potřebovala jsem někoho, kdo s tímto tématem pracuje a kdo to třeba sám zažil, aby mi pomohl se s tím vyrovnat.“ (Lenka)

„O svých myšlenkových pochodech jsem mluvila pouze s matkou nebo manželem. Upřímně jsem nebyla uspokojena. Chyběl mi odborník a v tom šoku jsem to ani nerozeznala.“ (Martina)

„Stačilo by, kdyby byla možnost mluvit o svých pocitech. Ono se to totiž dalo mluvit se spolupacientkami, ale každá tam ležela s nějakým problémem týkající se miminka, byla svým způsobem ohrožena, tak jste jim nechtěla přidělovat ještě další starosti. Ony byly hodný, snažily se pomáhat, ale o mých pocitech jsem raději nemluvila, abych je nevystrašila.“ (Slávka)

Respondentky (5) by uvítaly **provázení situací** – popisovat situaci, sdělovat, co se děje, co se bude dít, pomoci s orientací v aktuálním dění v rámci porodu a pobytu v porodnici. V tomto ohledu vnímají jako cennou **kontinuitu péče**, ideálně s možností následné psychoterapie nebo jiné následné psychosociální péče.

*„Vítala bych pomoc odborníka, který by se mnou strávil těžké období sdělení, že dítě nežije, poté jistě během porodu, a vím, že jsem nejvíc podpory potřebovala v období šestinedělí i déle.“
(Martina)*

„Moc by mi pomohlo, kdyby mi někdo říkal, jak to technicky bude probíhat.“ (Lada)

„...jak by měla vypadat? vůbec si to neumím představit.... Snad jen člověk, kterej by byl po celou dobu se mnou a pomáhal by mi dostat se do toho normálního stavu a říkal, že život nekončí, že slunce pořád svítí dál, že bude vycházet stále.“ (Slávka)

„A taky jsem se cítila hodně sama. Jen při tom porodu byla ta milá paní doktorka, ale jinak jsem tam byla sama. Potom i na tom pokoji. Tam ty 2 paní už nebyly.. Během noci se třeba sestřička přišla zeptat, měla zrovna službu, ale měl by tam být někdo, kdo by tam mohl být pro vás. To tam chybí.. ona měla klasicky službu, ale nic víc.. třeba někdo chce být sám.. ale kdyby třeba byla možnost si s někým promluvit... to mi moc chybělo.... Manžel nemohl přijet hned, tak jsem tam byla úplně napospas.“ (Táňa)

Dalším aspektem, který respondentky zmiňovaly, je potřeba **kontaktů s podpůrnou sdílecí skupinou**, kontakt s faktem, že v dané situaci se ocitají i jiní lidé, ideálně s možností sdílet s nimi svoje prožívání a čerpat naději a inspiraci v jejich příbězích.

„Mně osobně by pomohlo sezení ve skupině. Já jsem to vlastně zažila, nebo mám ji teďkom, ale už pozdě. Téměř rok potom, a to už je člověk trochu někde jinde. Kdyby to přišlo hned potom, určitě by mi to pomohlo hodně.“ (Lenka)

„Mně strašně chybí nějaká podpůrná síť, která tady není. Už jsem přemýšlela, že bych třeba napsala do CPR, centrum pro rodinu, nebo pro těhotný. Na internetu jsem zjistila, kolik nás je a že to není tak neobvyklý, ale že tu nejsou žádné podpůrné skupiny. V zahraničí jsou podpůrné skupiny i pro prkotiny a tady nic. Mně tady chybí, že to není s kým sdílet. Kamarádi, ač jsou sebelepší, tak to nikdy nemůžou pochopit. Já jim to nezazlívám. Ani manželovi to nezazlívám, že to se mnou tak neprožívá. Zranilo mě hodně to s těma jeho rodičema, a to mu zazlívám do dneška. Ne, vlastně jsem mu to odpustila, ale hodně mi to ublížilo. Takže tady nic takového není pro ty maminky, které si to prožívají. Jako jsou anonymní alkoholici, tak kdyby byla taková pomocná skupina pro takové maminky, tak to by bylo fakt super. A taky ten psycholog v nemocnici. Někde to prý nabízejí. Mně o tom nikdo nic neřekl, ale myslím, že to by mi hodně pomohlo.“ (Vanda)

Dále se objevuje potřeba psychologické podpory v dalším těhotenství (2).

„Chodila jsem na terapii, našla jsem si hned terapeutku a chodila rok na terapie. Terapie jsem absolvovala i celý další těhotenství.“ (Ester)

Zmíněna byla i následná pomoc ve formě **psychoterapie** (4), která by napomohla respondentce **orientovat se v aktuálním prožívání** a posléze i v novém životě bez dítěte. Dalším žádoucím efektem by mohla být pomoc v porozumění a následnému přijetí faktu, že prožívání smutku se může v dynamice i kvalitě u obou truchlících rodičů lišit.

„Já se totiž rozhodla, že chci hned další dítě. Ač jsem před tím neměla žádné problémy s početím, tak teď to problém byl. Já totiž chtěla jen to dítě, o které jsem přišla a na to to tělo takto reagovalo. Nemohla jsem celý rok otěhotnět, a to bylo dobře, na terapiích jsem na tom pracovala. Opravdu to nešlo, nevím, co to blokovalo, asi hlava, ale rok byl potřeba, a pak to přišlo.“ (Ester)

„Taky tím, že se ke mně chovala normálně. Že to byla nějaká věc, která se prostě stala, a můžeme o ní mluvit.“ (Petra)

„A pak mi určitě pomohl nějaký profesionál, psycholog, ta psychoterapeutka, specializovaná na tyto situace, ta mi moc pomohla, a pak v tom dalším těhotenství ten známý porodník, kterému jsem fakt hodně věřila.“ (Ester)

„Určitě by mi to pomohlo. Měla jsem pocit, že jsem v takovém vzduchoprázdnu a nevím, jak z něho ven, ale ani lidi z venku nevědí, jak ke mně.“ (Slávka)

Snažila jsem se vysledovat, jakou ideální formu by psychosociální intervence měla pro respondentky mít. Krom kontinuity péče zmiňují respondentky také potřebu takového **přístupu, který by minimalizoval nutnost jejich vlastní aktivity ve smyslu navazování kontaktu** či jeho aktivnímu vyhledávání alespoň na počátku procesu truchlení, ve fázi zaplavení emocemi.

„Ona za mnou přišla vrchní sestra, která mi řekla, že je v nemocnici k dispozici psycholog, ale také řekla, že se jí to samé také stalo a za 1,5 roku porodila zdravé dítě. Což mě.... To mi ohromně pomohlo, ta naděje, že ho donosila.... Ale také řekla, že si myslí, že si nejvíce pomůžeme spolu s manželem. To jí nevyčítám, ale myslím si, že kdyby ten psycholog přišel za mnou, ne já za ním, aby mi někdo říkal, když budete potřebovat, vyhledejte si ho... a poskytl mi základní informace o tom, co přijde, jaké pocity budou následovat, jak se budu cítit, určitě by to pro mě bylo přínosnější, než jen sdělení, že někde v nemocnici psycholog je a ať se na něj obrátím, když budu chtít.“ (Markéta)

„...pro mě to v tu chvíli bylo nepředstavitelné, myslela bych si třeba, že se mě ta psychologka přijde zeptat, jak se mám a to jsem nepotřebovala poslouchat, já věděla, že se mám hrozně. Ale

kdybych tušila, že mi může sdělit informace o tom, co budu prožívat, tak bych to asi uvítala. Ale já vůbec netušila, že mi může pomoci. Mně poprvé pomohlo, až když jsem byla v krizovém centru. Já byla poprvé v Praze jen na sezení, ještě před tím, než sestra porodila, a potom jsem byla v Brně, a to už jsem byla hospitalizovaná.“ (Markéta)

„Ideálně s jednou terapeutkou, která mě zná, a já jí důvěřuji. Návštěvy dle potřeby, možná i telefonické konzultace, práce ve skupině, možná sdílení s jinými ženami.“ (Martina)

„Nenabízeli mi žádnou psychologickou pomoc, ale zase musím říct, že mi to zařídila kamarádka, asi třetí den. Říkala, hele já ti to zařídím, pošlu sem někoho z psychiatrie. Ale nikdo z lékařů se mě neptal. Takže když za mnou ta paní doktorka přišla, tak můj ošetřující lékař říkal – já bych vám to vyřídil taky, kdybyste si o to řekla.“ (Petra)

„Při vizitě chodila psycholožka vždycky s nima a nabízela pomoc, ale já ji odmítla. První i druhý den, ale třetí den ne tak razantně a ona říkala, že se ještě vrátí, že někdy ještě přijde. Vrátila se, ale zrovna v době, kdy byl na návštěvě manžel, byli jsme s manželem v kuchyňce a potom na chvíli, když na pokoji nebyla ta paní, co tam se mnou ležela. Asi by pro mě bylo lepší, kdyby mě pozvala někam k sobě, někam jinam.“ (Silvie)

„Asi bych potřebovala víc přinutit, ona mě totiž nechtěla do toho úplně tlačit. Ale to jsem asi potřebovala. Nevím, jak to říct, ona mě asi do toho nechtěla nutit... Na pokoji by to ani tak nevadilo, ale musela bych tam být sama, ne rušena spolubydlící. Ale... Nebo kdyby si mě pozvala na nějakou hodinu k sobě. To by bylo asi ideální.“ (Silvie)

„Kdyby mi v té porodnici ta paní psycholožka řekla, přijedte za týden a popovídáme si, tak bych asi přijela, ale takhle když mi dala jen to telefonní číslo a řekla, až budete potřebovat, ozvěte se, tak jsem to neudělala.“ (Silvie)

Dalším sledovaným aspektem byla **doba vhodná k nabídce či poskytnutí psychosociální intervence**. Kdy konkrétně by respondentky tuto pomoc potřebovaly. Objevuje se potřeba kontaktu s odborníkem již v porodnici (3), ale také některé respondentky (6) vnímají větší potřebu kontaktu později, v průběhu domácí péče.

„Protože já jsem to prostě v sobě hodně popřela. Nechala jsem si přinést ty materiály ke státnicím a učila se. Asi v tu chvíli, v té porodnici, moc ne. Asi ne... Později asi jo, ale v danou chvíli určitě ne.“ (Ester)

„Přímo v porodnici? Určitě ano. Určitě psychickou podporu. Potom vysvětlení. Uvítala bych ujišťování, že v tom nejsme sami, že je nás víc, komu se to přihodilo, víc informací o tom. Takový ty řeči, že bude líp, že to bude dobrý. I když v danou chvíli myslíte, že ne, určitě to pomůže. Nevím teda, jestli by to pomohlo, ale určitě by mi udělalo dobře to slyšet.“ (Lenka)

„Psychologickou pomoc bych bývala uvítala hlavně v období depresí, změn mých nálad a i v období počátku nového těhotenství.“ (Martina)

„Kdy? Pro mě celou tu dobu, co jsem tam ležela, celý ty 3 měsíce, kdy jsem tam ležela a bylo to jako na houpačce.“ (Slávka)

„Hledala jsem tu práci v lékárně a bála jsem se, když vyhledám odbornou pomoc psychologa nebo psychiatra a budu to mít v papírech, tak tu práci neseženu, protože mám vlastně přístup k lékům. Měla jsem pocit, že se zblázním, že jsem zralá na prášky. To mi bránilo vyhledat tu odbornou pomoc. Vstupní prohlídka byla velmi podrobná a paní doktorka mi dokonce dala číslo i na nějakýho psychiatra. Já jsem se furt... ani nevím, proč a čeho jsem se tak bála.“ (Silvie)

„Potom mi tam chybělo, že tam nebyl psycholog. Když jsem četla ty webovky, tak potom holky tam docházely k psychologovi a to by mi určitě pomohlo.“ (Vanda)

8.2.6 Shrnutí analýz rozhovorů

V těchto odstavcích bych chtěla krátce shrnout nejvýznamnější poznatky plynoucí z kvalitativní analýzy rozhovorů.

Po sdělení zprávy u žen často následuje **šoková reakce**, obvykle typická **pocity derealizace, depersonalizace, popření** skutečnosti. V momentu objevení se emocí, často respondentky uvádějí **bezmoc, zoufalství, smutek, prázdnotu, pláč, pocity viny, hněv**. Pokud zažijí respondentky v danou chvíli **respektující a podporující reakci okolí**, mohou lépe a efektivněji procházet nejen touto fází procesu truchlení, ale i fázemi následujícími. Pokud je reakce okolí, ať už zdravotnického personálu nebo partnera, neadekvátní a nepodporující, mohou být tak podpořeny spíše **disociativní tendence**.

Z výstupů analýz vyplývá, že interakce se zdravotníky je pro ženy zásadní a směrodatnou zkušeností, která může významně ovlivnit průběh procesu truchlení. Dále je z výsledků patrné, že tato oblast má ještě mnoho rezerv a nedostatků. V průběhu události jsou ženy v extrémně zátěžové situaci, která může snižovat jejich kognitivní schopnosti (porozumění, verbalizace apod.), což ne vždy zdravotníci při podávání informací zohledňují (neadekvátní, moc odborné, nesrozumitelné informace, příliš mnoho informací najednou atp.). Pokud ženy informace nemají, objevují se **fantazie**, které nemusejí odpovídat reálné situaci.

Ženy také velmi **postrádaly osobní, lidský přístup v komunikaci**. Zraňující jsou pro ženy **poznámky zlehčující, bagatelizující událost či znevažující ztrátu**.

Bohužel je často zjevné, nakolik je kontakt s pacientkou v této situaci pro zdravotníky **obtížný**, vystavuje je vlastním obavám a **negativní psychické zátěži** spojené s expozicí dané situaci. Tento přístup může vést k tomu, že zdravotníci nedohlízejí možnosti, kterými by mohli sami snižovat míru zátěže, např. **nevystavováním ženy kontaktu s jinými rodícími matkami, či matkami s dětmi po porodu**. Ženy vždy oceňují **soukromí, možnost kontaktu s partnerem či blízkými**.

Respondentky uváděly, že podpora partnera pro ně byla **významnou posilou**. Muž bývá nejbližší osobou, se kterou je možné ztrátu sdílet v obdobné intenzitě, alespoň v začátku procesu truchlení. Postoj respondentek k podporujícímu chování partnera se jeví jako **polarizovaný**. Je-li chování a přístup partnera adekvátní, bývá významnou oporou. Pokud partner není schopen respondentky podpořit, je to pro ně výrazně zraňující zkušenost. Těhotná žena má mnohem více zážitků s dítětem, vzpomínek, dítě je pro ni mnohem reálnější než pro kohokoli jiného. Proto je patrný i **rozdílný přístup k truchlení mezi rodiči**.

Dalším významným prvkem byla vnímaná **kapacita rodiny pro truchlení** respondentky, kdy rodina či blízké okolí akceptuje truchlení, přijímá ho, ale pouze po omezenou dobu, která je kratší, než by respondentka reálně potřebovala. Jako důležitý aspekt ženy uváděly, že **dítě nebylo pro rodinu a okolí reálnou ztrátou**, protože členové rodiny na něj neměli žádné vzpomínky.

Ženy se často **obávaly návratu do sociálního prostředí**, předpokládaly, že budou muset čelit dotazům a vysvětlovat, budou **vystaveny pohledům a pozorováním**, což vnímaly jako další zátěž. Zraňující bylo **vyhýbání se kontaktu ze strany okolí**, které vyvolávalo nepříjemné pocity, a **poznámky zlehčující význam ztráty**. Jako ideální reakci okolí popisovaly ženy takovou reakci, která je **respektující a potvrzuje význam ztráty**. Také regulace kontaktu se ukazovala jako důležitý faktor. Jako významný podporující prvek popisují respondentky **aktivní nabízení pomoci**.

Většina respondentek sdělovala, že zážitek perinatální ztráty je takové kvality, že je jen velmi těžko možné jej sdílet. Přitom je často patrná **velká potřeba sdílení**. Jako nadějný, **povzbuzující a podporující** byl vnímán **kontakt s někým, kdo perinatální ztrátou také prošel**.

Spiritualita se může stát sama o sobě oporou v náročné situaci. Častým pomáhajícím faktorem spirituálního aspektu je **nalezení místa, kde je o dítě dobře postaráno**. Spiritualita pomáhá v **hledání smyslu** či vysvětlení významu ztráty, napomáhá také v **procesu odloučení** (rituál rozloučení), může napomoci nalézt **přijatelný tvar, rámec pro takovou zkušenost**, nabízí možnou **formu či způsob, jak být v kontaktu se zemřelým dítětem**.

Copingové strategie, zmiňované respondentkami, zahrnovaly zejména aktivity, které napomáhaly tomu zůstat autentický a **být v kontaktu se svými pocity, ulevit si pláčem či hněvem, orientovat se** ve svých pocitech i problematice, **potřebu samoty, kontakt s přírodou, tvůrčí činnost**.

K dobrému průběhu procesu truchlení a tedy i dobré integraci zkušenosti ztráty přispívá jednoznačně možnost **vidět dítě po porodu**, být v kontaktu s jeho tělem, rozloučit se. Další vhodnou oporou může být nějaká **forma památky**, předmětů, které se vztahují k dítěti a stávají se tak jakýmsi **důkazem jeho existence ve světě**. Dalším významným bodem může být **rituál rozloučení** v jakékoli subjektivně významné podobě. Svou roli hraje rozhodně **čas**. Je patrné, že pokud respondentky mohou reflektovat, že jim zkušenost perinatální ztráty přinesla nějaké **benefity**, ať už v jakékoli oblasti, přispívá tento fakt jednoznačně k jejich subjektivnímu vnímání dobré míry integrace zkušenosti. Často je důležitým závěrečným završením, poslední uzavírající etapou, **další těhotenství**. Dobrým signálem integrace je také **adekvátní emoční doprovod tématu**.

V odpovědi na otázku, co by mělo být obsahem psychosociální intervence, respondentky zmiňovaly zejména potřebu upřesňujících **informací o procesu truchlení**, což by jim pomohlo **normalizovat jejich prožívání**. Respondentky postrádaly provázení někoho **nezúčastněného, kdo by jim naslouchal a nebylo to pro něj zatěžující**, ideálně profesionála. Opakovaně se setkávaly s tím, že sdílení bylo pro posluchače náročné a zatěžující, nebo samy vnímaly **silnou zátěžovost materiálu**, který potřebovaly sdílet a obávaly se sdílení v daném kontaktu otevřít. Jako cennou vnímají **kontinuitu péče**, ideálně s možností následné psychoterapie nebo jiné následné psychosociální péče. Dalším významným aspektem, který respondentky zmiňovaly, je potřeba **kontaktu s podpůrnou sdílecí skupinou**.

8.3 Fokusová skupina s porodními asistentkami

V průběhu práce na výzkumném tématu se ukazovalo téma přístupu a chování zdravotníků k respondentkám jako klíčové. Proto jsem se rozhodla pro zorganizování fokusové skupiny s porodními asistentkami, kde by bylo možno se na toto téma podívat také očima zdravotníků. U rozhovoru jsem se sešla se dvěma porodními asistentkami, které pracují v různých zdravotnických zařízeních a mohly tedy nabídnout různou zkušenost z praxe a různé pohledy na tematiku. Respondentky tohoto výzkumu velmi postrádaly lidský přístup v chování zdravotníků, uznání a respektování významu ztráty, necitlivý, odtažitý postoj. Zajímal mne názor zdravotníků na tento pohled respondentek. Rozhovor byl zaměřen jednak na aspekty prožívání zdravotníků v rámci práce s takovou pacientkou, a také na obvyklé postupy, úzus zdravotnického zařízení v takových případech, zkušenosti porodních asistentek z tohoto druhu práce. Výstupy z analýzy toho rozhovoru uvádím zde:

Patrný je **emoční odstup**, který má zdravotníky chránit před emocionální zátěží, zaměření na somatickou stránku věci a omezený kontakt s rodičkou, vyhýbavé chování.

„...jenže ten gynekolog většinou řekne, ježíšmarja, vy se na to chcete dívat?! Lehněte si! Nebo něco podobného. A pak samozřejmě tam běží, jak to dítě vypadá a ta paní je pak ještě v horší situaci, než by byla, kdyby ho viděla. Že tenhle aspekt, jako rychle to zamíst.“

„...ale tohle je teda slyšet i u nás v (...) – ježíš, oni se tam s ním loučej nebo co.... co tam dělaj, proč jsou tam tak dlouho? Dyť my jim musíme udělat tu manuálku...“

„Nebo se tam, paradoxně, strkaly i žákyňky.....no, je to čistě konfrontace s tím, že je tam vlastně smrt. A že se toho bojíme taky a vrcholem to je pak, když ten porod jde jakoby do finále, to je na tom pro mě to nejhůř zkousnutelný, zase je to o tom strachu, kdy ty doktoři, třeba ty paní chtějí za pomoci psychofarmak, tu paní jakoby utlumit, protože si myslí, že ta paní to nebude pak jakoby vnímat.“

„Problém je, že jako myslím si, že u některých asistentek je to i o tom, že když ví, že u toho porodu nakonec nebude, že to předá, protože ty porody trvaj dlouho, dva tři dny, takže se tam u ní může vystřídat několik lidí. Takže některý asistentky si myslím, že k tomu přistoupěj tak, že já se postarám, ale za mý směny to nebude, takže já s nima to nemusím řešit tolik. A tenhle přístup je potom....ta žena komunikuje míň, daleko míň. Když si přeberu paní po tomhleto přístupu, kdy tam nebyl nikdo, kdo by se snažil komunikovat, tak je to tichej porod a já můžu jenom tou přítomností pomáhat.“

„...to je takový těžký, to jsou situace, před kterejma jako chceš trochu utýct a taky proto tam nechodíš tak často, si myslím. Že by člověk mohl bejt konfrontovanej s těma pocitama, jejich emoce, že by mohli dávat otázky, na který nejsme připravený odpovídat, tak jako pak co.“

Porodní asistentky také zmiňují, že postrádají další zpětnou vazbu od pacientek, **chybí informace o tom, co ženám skutečně pomáhalo a také informace o procesu truchlení a stresových reakcích.** Tyto informace by mohly napomoci porozumění emocionální situaci pacientek a následně kompetentnímu a efektivnímu, adekvátně podporujícímu přístupu zdravotníků.

„...byla jsem i na přednášce holek, který přišly z tý dlouhý cesty s vlastní zkušeností s mrtvě rozenejma dětma, přednášely zdravotníkům u nás. A tam to bylo strašně zajímavý a podnětný a pomohlo mi to v tom chování, v tom vnímání toho dítěte, kdy se o něj potom musím starat. Hrozně mi to pomohlo v tom, že jedna tam řekla, že pro ni bylo hrozně jako těžký, že nevědět jako, co s tím dítětem je potom. Jako, kdo ho chová, kdo ho má. Takže to mi pomohlo, jako že já vím, že já jsem ta, která může chovat... Za tu matku, pokud ta matka toho v tý chvíli není schopná.“

„...alespoň letáček nebo něco, protože to zapomeneš, když to nepoužíváš. Teda děkuju za to, že to nemusím používat... tak často. Ale prostě mít třeba i ty setkání, kde jsou zpětný vazby těch žen. I z toho se člověk může učit, jak přistupovat a měnit se. Pravidelný sebevzdělání.“

Někdy je patrné, že zdravotníci **neumí vždy dobře porozumět signálům či symptomům stresové reakce pacientky**, např. disociativním mechanismům:

„...byla to hodně mladá holka a prostě oznámení proběhlo a tam prostě... ona fungovala dál, jakoby se nic nedělo. A náš přístup prostě... bylo to strašně zvláštní, výjimečný tohle, takovejhle způsob porodu, protože my jsme k tomu pak a priori přistupovali teda tak, že jí je to jedno. Takže oni jí... není tam taková péče potřeba. Nemusíme si s ní tolik povídat. Ale to byla fakt výjimečnost.“

Porodní asistentky popisovaly **obvyklé způsoby zacházení** s pacientkami v takovéhoho situaci, jaké postupy některé porodnice využívají. Zmiňuji také příklady dobré praxe, která se v takovýchto případech osvědčuje.

„A jak pracuju tady a máme tam už nastavený to jinak, tak nezažívám to, co ty jsi teď popisovala. Díky tomu, jak je tam už nastavená ta péče o mrtvý plody, tak je ta naprosto běžný, že se ty děti balej, že se s nima o tom mluví, jestli je chtěj vidět, nechtěj vidět, jestli je chtěj pohřbít, nechtěj pohřbít. A to před porodem.“

„Ale tam se opravdu říkalo jen, víte, že by bylo dobrý, kdybyste kontaktovala někoho. Ale nikdo neřekne jak a koho. A každej psycholog, si myslím, že neví, jak s tím pracovat.“

Porodní asistentky dále také hovořily o spontánních podporujících aktivitách v rámci kolektivu spolupracovníků. Je zjevné, že **supervizní podpora** by mohla být v tomto ohledu pro zdravotníky vhodným nástrojem.

„Ptáme se i na pomoc, ptáme se, jak to ta paní zvládá, tím i myslím, že posloucháme a vnímáme, jak to zvládá ta kolegyně. Když přijde...jako každá na to reaguje jinak. Jedna, když vyšla z toho pokoje, tak pak byla úplně ubrečená, s tím, že to s nima vždycky prožije. Ten kontakt a bylo to, že v té chvíli měla 13 let praxe, a pro mne to bylo...jako něco v tom smyslu, že ona mi ukázala, že je to normální, že můžu brečet s nima. No nám tam funguje, my tomu říkáme... sesterské konzilium. Když si třeba nejsme jistý s něčím, tak za sebou jako přijdem a říkáme si na to svůj názor, když je tam nějaký případ, kterej se tam řeší dlouho, tak se k tomu každá nějakým způsobem vyjádří.“

9. Diskuse

V těchto odstavcích se budu věnovat strukturovaně jednotlivým oblastem budícím diskusi.

9.1 Výzkumný soubor

Důvodem možného zkreslení výsledků by mohlo být i složení výzkumného souboru. Metoda cíleného výběru respondentek prostřednictvím kontaktních osob, institucí (internetová diskuse) nebo vlastního předchozího kontaktu mohla být zatížena oslovením pouze části spektra všech žen z cílové skupiny žen se zkušeností perinatální ztráty (Miovský, 2006). V návaznosti na to je pravděpodobné, že došlo k částečnému zkreslení elitou. Tedy, že účast na výzkumném šetření byla nabídnuta respondentkám (3), které s výzkumníci již dříve spolupracovaly a mají s jejím provázením dobrou zkušenost. Na základě této skutečnosti mohly mít respondentky tendenci přeceňovat či více vyzdvihovat akty provázení či intervence, které výzkumnice již dříve v rámci vzájemné spolupráce provedla. Respondentky spolupráci s výzkumníci chválily a mohly mít tendenci případnou negativní zkušenost s ní upozaďovat. Tato skutečnost by mohla být kompenzována faktem, že se jednalo pouze o 3 respondentky z celkového počtu 13. Během dotazování jsem měla toto omezení na paměti a snažila jsem se ho doplňujícími otázkami redukovat a zkušenost spolupráce posouvat více na objektivnější, obecnější hlediska.

Dalším úskalím tohoto šetření z pohledu výzkumného souboru je i poměrně nízký počet účastnic a to, že se nejedná o reprezentativní vzorek, tudíž není možné zobecnit výsledky šetření na celou populaci žen se zkušeností perinatální ztráty. Na druhou stranu, vyvažujícím prvkem by mohl být fakt, že v souboru jsou zastoupeny ženy s různě dlouhou dobou uplynulou od zkušenosti (minimálně 9 týdnů, maximálně 37 let). Tento faktor zajišťuje respondentky v různých časových úsecích procesu truchlení. Dalším faktorem by mohl být fakt, že respondentky pocházejí z různých míst v ČR, nabízejí značnou geografickou heterogenitu, a zastupují tak zkušenost nejen různě starou, ale také z různých zdravotnických pracovišť. Také je poměrně pestře zastoupena variabilita rodinného kontextu (další děti a jejich počet).

Mezi respondentkami existuje také relativně velká různorodost co do osobních životních zkušeností (např. opakovaná zkušenost perinatální ztráty, souběžná partnerská krize či jiná extrémně přitěžující zátěž), variabilita způsobů vnímání míry zátěže, různá religiozita. Na to navazují individuální zkušenosti s překonáváním překážek, používanými copingovými strategiemi, styly a snahami o adaptaci. Výsledky mohla ovlivnit i rozmanitost dalších sociodemografických znaků, které jsem nesledovala, a široká paleta osobnostních charakteristik.

Dosažitelnost respondentek s touto zkušeností byla, vzhledem k její enormní citlivosti a emoční zátěžovosti, velmi náročná. Proto nebylo možno dodržet standardní podmínky kontaktu s respondentkami, rozhovory probíhaly v různých prostředích a kontextech (doma, v psychoterapeutické pracovně, v mateřském centru, v kavárně, s použitím elektronické komunikační technologie Skype).

9.2 Použité metody

Na výsledcích výzkumného šetření se významnou měrou podílejí také použité metody. Souvislost se zkreslením jeho výsledků lze předpokládat především v kvalitě navázaného kontaktu a vztahu s respondentkami a vytvoření bezpečného prostoru pro sdílení velmi osobních a intimních skutečností. Při tomto setkání vstupuje do hry také osobnost výzkumnice, sympatie a schopnost empatického naslouchání. Omezení tedy vychází ze základních charakteristik rozhovoru jako kvalitativní výzkumné metody, z reaktivity a recipacity mezi respondentkami a tazatelkou. Považuji za důležité uvést také skutečnost, že výzkumnice sama prošla zkušeností perinatální ztráty a jakkoli tato zkušenost byla v tomto případě ošetřena psychoterapeutickými metodami, tento fakt mohl zkreslit zaměření výzkumnice. Na druhou stranu tento fakt mohl napomoci větší citlivosti výzkumnice pro některé aspekty, její porozumění situaci respondentek a v neposlední řadě byl v některých rozhovorech důležitým prvkem důvěry a porozumění. Některé respondentky o této skutečnosti věděly a byla pro ně jedním z faktorů, které rozhodly o tom, že respondentka se spoluprací souhlasila.

Dále je třeba brát v úvahu i subjektivní zkreslení a filtrování informací respondentkami, čímž mohou být zásadním způsobem ovlivněny výsledky šetření. Jsem si vědoma i mezí introspekce a vlastního posuzování respondentek. V neposlední řadě se do

rozhovorů i vizuálně analogové škály mohla promítnout určitá míra sebestylizace, sociální desirability, mechanismy disociace či racionalizace. Tyto vlivy by mohly být sníženy složením výzkumného souboru z respondentek s různým časovým odstupem od vlastní zkušenosti.

Metodě interpretativní fenomenologické analýzy jsem dala přednost před fokusovou skupinou zejména s ohledem na citlivost a emoční zatíženost tématu a také vzhledem k nemožnosti zkoordinovat takovouto schůzku více respondentek, jakkoli by se mohlo zdát, že takováto skupina by mohla přínosem i pro samotné respondentky (faktor sdílení, který samy respondentky popisovaly jako významně podpůrný). Metoda fokusové skupiny byla následně použita v rámci rozhovoru realizovaného s porodními asistentkami.

Na počátku projektu jsem také uvažovala o metodě zakotvené teorie. Ta je však zaměřena na vytváření induktivně odvozené teorie, rozkrývání či vytváření konstruktů sociálních procesů. Jejím cílem není popsat jednotlivé jevy, ale vytvořit teorii vycházející z dat, konceptuální schéma postihující vztahy mezi tím, co se vynořilo jako proměnné (Miovský, 2006). IPA se zaměřuje na zkoumání individuální zkušenosti, což se v konečném důsledku ukázalo jako vhodná volba. Samotný analytický postup obou metod je podobný, nicméně IPA umožňuje výzkumníkovi více se zaměřit na pochopení žité reality respondentky, její prožívání, což je v tomto případě žádoucí.

Vizuálně analogová škála vyrovnávání se s perinatální ztrátou má z hlediska množství a možností hodnocených položek značné rezervy. VAŠ sloužila výzkumnici v rámci triangulace jako metoda ilustrující a potvrzující výstupy analýz jednotlivých rozhovorů. Bohužel není v českém jazyce dostupný žádný jiný standardizovaný nástroj pro zjišťování míry vyrovnávání se s tímto typem zátěže. Před jejím případným dalším použitím by bylo nutné uskutečnit její revizi a položkovou analýzu. Změny by se mohly týkat zejména podrobnějšího mapování jednotlivých copingových strategií.

9.3 Výsledky šetření

Domnívám se, že lze konstatovat, že výsledky výzkumného šetření naplnily předem stanovený cíl, a to zmapovat prožívání zkušenosti perinatální ztráty a sledovat různé aspekty včetně možnosti psychosociální intervence, které napomáhají ženám ve vyrovnávání se s touto zkušeností.

Respondentky, se kterými jsem prováděla pilotní rozhovory, byly výrazně odlišného typu, s velmi rozdílným prožíváním a různým stupněm integrace zkušenosti. Tento fakt, domnívám se, umožnil relativně široký záběr při hledání aspektů a kategorií, které jsem dále sledovala v ostatních rozhovorech. Zkreslení jsem se snažila předejít vytvořením obecnějších kategorií, do kterých jsem konkrétně zmiňované aspekty prožívání a podpory zařazovala.

Pro všechny, kteří přicházejí do kontaktu se ženami procházejícími touto zkušeností, by nicméně mohlo být zajímavé seznámit se s konkrétními skutečnostmi, které ženy zmiňovaly, a proto jsou v oddíle 8 Kvalitativní analýza uvedeny podrobně.

Výsledky analýz rozhovorů a Vizuálně analogové škály vyrovnávání se s perinatální ztrátou se vzájemně podporují. Metodu VAŠ je však nutno brát v úvahu pouze jako dodatkovou, neboť se na řadu oblastí vůbec nezaměřila (např. podrobnější rozčlenění sociální opory, více copingových strategií atd.).

V následujícím textu bych chtěla uvést zobecňující interpretace, které se vztahují k osobám tohoto výzkumného šetření. Rovněž i další zajímavá témata, jež se v rozhovorech s respondentkami objevovala.

9.4 Individuální hloubkové rozhovory

Na základě analýzy výpovědí respondentek jsem dospěla k následujícím závěrům platným pro daný výzkumný soubor:

- ❖ Z analýz rozhovorů vyplývá, že jedním z nejdůležitějších faktorů je **sociální opora**. Nejvíce očekávaná bývá ze strany **partnera**, a pokud zde chybí nebo přichází v neadekvátní podobě, bývá to pro respondentky výrazně přitěžující okolnost. Toto koresponduje se zjištěními Davisové (1996). Adekvátní bývá podpora zejména zpočátku truchlení a později dochází k rozdílnostem, které mohou zátěž ženy zvyšovat. Zde jsou výsledky analýz opět v souladu s teoretickými předpoklady Davisové (1996). Některé respondentky uvádějí, že by bývaly uvítaly, kdyby o **rozdílnostech truchlení u obou rodičů** byly informovány předem nebo v průběhu této části procesu, tento fakt by jim pomohl situaci normalizovat.
- ❖ V oblasti **podpory rodiny** bývá největším problémem její nedostatečná kapacita pro truchlení matky, rodina má tendenci respektovat potřeby smutnění u ženy mnohem kratší

dobu, než to žena ve skutečnosti potřebuje. Také tato zjištění korespondují s teoretickými předpoklady vycházejícími z práce Davisové (1996) a kopírují také zkušenost výzkumnice z práce s těmito ženami. 1 respondentka přímo uvádí, že materiál s informacemi o normálním průběhu procesu truchlení jí pomohl seznámit rodinu s těmito okolnostmi a učinit tak kapacitu rodiny pro truchlení respondentky vyšší.

- ❖ Dalším velmi významným prvkem je **chování a přístup zdravotníků**. Vzhledem k tomu, že zkušenost perinatální ztráty je sama o sobě již extrémní zátěží, je vhodné ji dále nezvyšovat neadekvátním, necitlivým či nerespektujícím přístupem.
 - ❖ Pro respondentky byla velkým tématem **možnost vidět dítě po porodu**. Toto se jednoznačně ukazuje v souladu s doporučeními Davisové (1996) či výzkumů, jež uvádím níže, jako vhodný krok, směřující ke snížení rizika výskytu deprese a podporující zdravý způsob truchlení. Respondentky se obávaly, že by jejich dítě vypadalo nehezky, objevovaly se negativní fantazie, ale zpětně vnímají, že kdyby jim byla možnost vidět dítě nabídnuta, či pokud by byly ujištěny, že dítě vypadá hezky, jen jako např. spící, pak by ho vidět chtěly. Jako ideální intervence se tedy jeví hovořit s matkami o této možnosti podrobněji předem (podrobněji viz závěr). Tento výstup z analýz je v souladu s doporučeními zahraničních organizací a expertů (PLIDA – Pregnancy Loss and Infant Death Alliance, Davisová, 1996, Dohnalová, Pavlíková, 2011).
 - ❖ Respondentky tohoto výzkumu velmi postrádaly **lidský přístup v chování zdravotníků, uznání a respektování významu ztráty**, negativně vnímaly **necitlivý a odosobněný postoj, emoční odstup**. Ratislavová (2008), Lucká (2002) i Dohnalová a Pavlíková (2011) popisují chování zdravotníků v takovéto zátěžové situaci a zmiňují způsoby chování jako např. co možná nejrychlejší vyřízení potratu či porodu mrtvého plodu s následným zmizením dítěte, strategie „nic se neodehrálo“, racionalizace a bagatelizace zármutku s akcentem na další těhotenství, kde bude dítě zdravé, omezení lékařského rozhovoru na medicínsko-přírodovědné souvislosti. Tyto aspekty se objevují také v rozhovorech s respondentkami. Výstupy z fokusové skupiny jednoznačně potvrzují fakta, která vyplynula z výzkumného šetření a rozhovorů s respondentkami, teoretické předpoklady (Davisová, 1996; Ratislavová, 2008; Vodáčková, 2002) a také závěry výzkumné práce Dohnalové a Pavlíkové (2011). Patrný je **emoční odstup**, který má zdravotníky chránit před emocionální zátěží, **zaměření na somatickou stránku** věci a omezený kontakt s rodičkou, **vyhýbavé chování**. Dále **nedostatek**

informací o procesu truchlení a stresových reakcích, což může bránit plnému porozumění prožívání a chování pacientky. Porodní asistentky popisovaly také spontánní podpůrné kroky, které v rámci svého pracovního kolektivu v takovýchto případech realizují, což vypovídá o **potřebě podpory při práci s tímto typem zátěže**. Proto se mi jako velmi důležitá prevence jeví větší péče o zdravotníky, kteří o tyto ženy pečují. Jedná se zejména o podporu informační (větší povědomost o možných reakcích na akutní extrémní zátěž - akutní reakce na stres, informovanost o procesu truchlení, jeho fázích), psychosociální podpora (např. supervizní péče) a v neposlední řadě se jako vhodný nástroj jeví jakýsi manuál, který by pomohl zdravotníkům orientovat se v dané situaci, stanovoval by postupy, jak s takovou pacientkou zacházet, kdy, jak a o čem ji informovat, jaké intervence nabízet apod.

- ❖ **Osobnostní struktura a schopnost zacházet se zátěží** je důležitým aspektem ovlivňujícím proces truchlení (Kastová, 2000; Worden, 2009). Ne u všech respondentek tento proces proběhl, někdy nebyl dokončen nebo nedošlo ani k jeho zahájení. Tato okolnost může souviset jednak s osobnostním nastavením respondentky a její životní zkušeností se zátěžovými situacemi a nebo také se subjektivitou míry percipované zátěže (souběžná další zátěž, jako např. postižení dítěte, extrémní negativní zkušenost se zdravotní péčí, souběžná partnerská krize apod.). Tyto aspekty jsem však ve svém výzkumu blíže nezkoumala.
- ❖ Některé respondentky prošly procesem truchlení způsobem, odpovídajícím fázím Kastové (2000) nebo úkolům Wordena (2009), až ke konečné fázi plné akceptace ztráty a její integrace, u některých respondentek jsou patrné silné **disociační tendence**, jak je popisuje např. Vodáčková (2002). Tyto tendence pak vedou k odštěpení zkušenosti ztráty, nikoli její integraci. Respondentky pak mají obtíže s emočním doprovodem zkušenosti (často zcela chybí), zaměřují se na technikálie, někdy až bizarní detaily. Takovéto zacházení se zkušeností (odštěpení) vede sice k návratu do normálního fungování, znemožňuje však emoční kontakt se zkušeností a také její možné další využití jakožto zdroje pro jiné zátěžové situace, znemožňuje také nahlédnutí možných benefitů (Moody, Arcangelová, 2005). V tomto ohledu výsledky výzkumného šetření korespondují s teoretickými předpoklady. Zajímavým a dále nezpracovaným tématem je skutečnost, zda vnímání benefitu vypovídá o dobré integraci zkušenosti, respektive zda je možné, že zkušenost je integrována, proces truchlení proběhl, i když benefit není respondentkou vnímán. Tuto možnost Moody a Arcangelová (2005) připouštějí.

- ❖ Dalším zajímavým tématem je aspekt **benefitu**, jako něčeho dobrého, co zkušenost ztráty člověku přinesla a co reflektuje jako pozitivní důsledek této zkušenosti. Moody a Arcangelová (2005) hovoří o tzv. přerodu, který může u některých pozůstalých, pokud projdou dobře procesem truchlení, nastat. Ti, kteří přerodu dosáhnou, uchovávají si některé aspekty svého dřívějšího já a přitom je jejich osobnost přerodem natrvalo ovlivněna. Hodnotový žebříček, přesvědčení a ideály bývají osvícenější, jejich model světa se obohatil, nacházejí nový, kvalitnější stav bytí. Můžeme hovořit tedy o uvidění smyslu, či benefitu. U některých respondentek jsem vnímání benefitu zaznamenala. Projevil se zejména na spirituální rovině (intimnější vztah s Bohem), v posílení vzájemného vztahu mezi partnery, ve změně životního zaměření, potřebě pomáhat druhým v těžké situaci nebo také vnímání větší vlastní kapacity, schopnosti sdílet a být nablízku lidem v náročné životní situaci. Téma benefitu se mi zdá velmi zajímavé a výzkumně nezpracované. Benefit jako takový nebyl v jiných pramenech výslovně zmíněný, naznačuje jej Havránková a implicitně jej zahrnuje také Davisová (1996) v kontextu obohacení či posílení partnerského vztahu.
- ❖ Důležitým cílem této výzkumné práce je také **návrh formy psychosociální intervence**. Dohnalová a Pavlíková (2011) ve svém článku uvádějí členění takovéto intervence pro ženy po předčasném porodu a porodu mrtvého dítěte. Rozlišují oblast akutní péče, kde je prostor také pro zdravotníky, psychologickou a psychoterapeutickou péči a následnou péči, kde je vhodné místo také pro neziskový sektor. Toto členění mi připadá jako vhodné a reflektující aktuální situaci. Osobně vnímám, stejně jako autorky článku, největší nedostatky v oblasti akutní péče. Výsledky výzkumného šetření naznačují, že klíčovou roli hraje právě akutní péče. Pokud respondentky dostaly adekvátní a respektující podporu v době bezprostředně po události a její průběhu, lépe procházejí procesem truchlení. Podrobnější návrh formy psychosociální intervence je uveden v závěrečné kapitole této práce (IV. ZÁVĚR).

9.5 Srovnání s jinými výzkumy

Zajímavé téma, které se objevuje, je sledování a rozlišování dobrého a ukončeného procesu truchlení a také výskyt disociačních mechanismů, které tomuto procesu brání. Bohužel se mi nepodařilo nalézt žádný podobně zaměřený výzkum v ČR, který by sledoval prožívání a integraci zkušenosti ztráty. V tomto ohledu je ale zajímavý výzkum Lise Jind,

který se zabývá tím, jak se rodiče přizpůsobují smrti jejich dítěte (pozdní potrat, porod mrtvého dítěte, úmrtí dítěte) a jaká je souvislost tohoto přizpůsobení s atribucí viny či zodpovědnosti za smrt dítěte. Cílem studie bylo mimo jiné zkoumat atribuční procesy a vliv různých percipovaných příčin na výskyt symptomatologie PTSD u 110 rodičů s touto zkušeností. Jedním ze zkoumaných faktorů bylo také sledování aspektu hledání viníka. Autoři konstatují, že připisování viny sobě, druhým nebo Bohu bylo signifikantně spojeno s výskytem posttraumatických symptomů. Toto zjištění je v souladu s teorií Kastové (2000) o „odchylných“ procesu truchlení. Respondentky, které dlouhodobě zůstávají ve fázi hledání viníka, také nevykazují signály dokončeného procesu truchlení, neuvádějí žádné benefity a častěji hovoří o tom, že se s událostí nemohou smířit. Dalo by se říci, že uvíznutí v této fázi znemožňuje dokončení procesu truchlení, stejně jak to uvádí Kastová (2000), či jak vyznívá výzkum Jind (2003), pokud by bylo možno chápat výskyt symptomatologie PTSD jako známku nedokončeného procesu truchlení.

Výzkum Jind (2003) sledoval pocity viny a hledání viníka (61% rodičů), jejichž výskyt v průběhu prvního roku po události u rodičů výrazně klesá. Naproti tomu se nacházení smyslu události objevuje méně (15% rodičů) a v průběhu času se výrazněji nemění. Sledovaný časový úsek (1 rok po události) je poměrně krátký. Je otázkou, zda tento fakt vypovídá o méně častém „dobrém“ průběhu procesu truchlení a častějším výskytu disociačních mechanismů, či jen o tom, že 1 rok nemusí být pro plnou integraci zkušenosti dostatečně dlouhá doba. Respondentky tohoto výzkumu nacházely benefit v podobě smyslu častěji (6 z celkového počtu 13), ale, pokud bylo známo, až v pozdější době, než do 1 roku od události.

Další sporné téma, se kterým jsem se v rámci výzkumu setkala, je tematika dalšího těhotenství. Davisová (1996) doporučuje časový odstup alespoň 1 rok, právě s ohledem na to, aby mohl proběhnout proces truchlení a zkušenost mohla být adekvátním způsobem integrována. Výzkum Pamelý Surkan (2008) zkoumá výskyt depresivních symptomů v souvislosti s porodem mrtvého dítěte u 380 švédských žen. Sledoval, jak opatření přijatá po narození mrtvého dítěte (možnost neomezeného kontaktu s tělem dítěte v adekvátních podmínkách), mohou ovlivnit dlouhodobou psychologickou nemocnost (depresivní symptomatologie).

Výsledky toho to výzkumu konstatují, že u žen, které neměly takový kontakt se svými mrtvými dětmi, jaký si přály, se téměř sedmkrát zvyšuje riziko výskytu depresivních symptomů. Ženy, které otěhotněly do 6 měsíců po události, nebyly vystaveny zvýšenému

riziku výskytu deprese, na rozdíl od těch, u kterých se v prvních 6 měsících další těhotenství neobjevuje (zde se riziko zvyšuje téměř třikrát). Další faktor, snižující riziko deprese, je první těhotenství. U žen, které prošly touto zkušeností u třetího (2,2 x vyšší riziko) a pozdějšího těhotenství (67x vyšší riziko), je riziko výskytu deprese vyšší. Výsledky výzkumu tedy naznačují, že dostatečná délka a kvalita kontaktu matky s jejím mrtvým dítětem a pořadí narození či počtu předchozích potratů může ovlivnit výskyt pozdější depresivní symptomatologie u žen s perinatální ztrátou.

Respondentky mého výzkumu o výskytu depresivní symptomatologie spontánně hovoří. 2 respondentky byly diagnostikovány později jako depresivní a obě neměly možnost kontaktu s dítětem po porodu. Depresivní symptomatologii popisuje více respondentek, jakkoli diagnóza deprese zde nebyla oficiálně stanovena. Nicméně výsledky analýz potvrzují důležitost možnosti vidět své dítě po porodu a potřebu nějakého typu památky, upomínky.

Respondentky jednoznačně vnímají další těhotenství jako zlomové a poskytující podporu. Také lékařská doporučení se v tomto směru rozcházejí, domnívám se však, že je zde souvislost pouze somatická, nikoliv zohledňující psychický stav matky. V dalším těhotenství je patrný větší citový odstup, potřeba zvýšené kontroly, ať už informační či zdravotně preventivní. Respondentky také uvádějí, že se o dítě hodně bály. Je otázkou, do jaké míry může mít tento fakt (dlouhodobá expozice plodu tenzi a nepříjemným emocím matky) vliv na perinatální vývoj plodu. 1 respondentka uvádí u dalšího těhotenství, které se objevilo velmi brzy po ztrátě, výskyt Aspergerova syndromu a narušení vztahu s dítětem. Domnívám se, že jednoznačné doporučení by bylo zkreslující, avšak alespoň nějaký časový odstup lze zcela jistě doporučit. Toto období bych neomezovala jasnou časovou hranicí, ale spíše subjektivním vnímáním ženy dokončenosti, uzavřenosti období výrazných emocí po ztrátě a subjektivním pocitem připravenosti mít další dítě (nikoli mít zpět to, o které přišla).

IV. ZÁVĚR

Cílem této práce bylo zmapovat a popsat prožívání perinatální ztráty u žen s touto zkušeností a na základě tohoto výzkumného šetření navrhnout nejdůležitější oblasti případné psychosociální intervence a její vhodnou formu. Právě podrobné zmapování faktorů, podporujících prožívání a dobrou integraci zkušenosti perinatální ztráty, i faktorů bránících či komplikujících vyrovnávání se s touto zkušeností, pokládá dobrý základ pro odpovídající podobu psychosociální intervence.

V teoretické části jsem se zabývala problematikou ztráty blízkého člověka obecně a specifik v případě ztráty perinatální, popsala několik pohledů a přístupů k tématu truchlení jako procesu integrace náročné zkušenosti, jeho jednotlivé fáze a možné problémy v jejich naplnění. Sledovala jsem teoretický rámec procesu truchlení, jeho kontext a souvislosti z pohledu krize a krizové intervence. Proces truchlení se ukazuje jako zásadní faktor integrace zkušenosti ztráty a prevence komplikací jako např. PTSD či depresivní symptomatologie. Pokud jedinec tímto procesem dobře projde a úspěšně jej završí, může se tato zkušenost stát důležitým zdrojem pro zvládání dalších zátěžových situací, ale také zdrojem osobnostního růstu jedince samotného. Je proto rozhodně vhodné a smysluplné podporovat dobrý průběh tohoto procesu také s pomocí nástrojů, které psychosociální intervence může nabídnout.

Empirickým šetřením jsem provedla sondáž do tématu prožívání perinatální ztráty u žen a sledovala podpůrné faktory a jednotlivé aspekty, které napomáhají ženám vyrovnat se s touto zkušeností. Dále jsem se snažila mapovat oblast různých individuálních podpůrných faktorů, copingových strategií a hledat takové přístupy, aspekty a strategie, které by mohly být zobecněny a aplikovány právě v rámci psychosociální intervence.

Psychosociální intervence

Sledovala jsem prožívání respondentek z hlediska emočního, kognitivního, sociálního a spirituálního. Zaměřovala jsem se také na to, s jakými psychosociálními intervencemi se respondentky setkaly, kdy, v jaké kvalitě a s jakým efektem. Snažila jsem se zjistit, jakou ideální formu psychosociální intervence by respondentky potřebovaly.

Z výsledků vyplývá, že prožívání zkušenosti perinatální ztráty a její adekvátní integrace jsou silně ovlivňovány percipovanou **sociální podporou, zejména v oblasti partnerské a blízkých**, ale i **širšího sociálního okolí**, dále je patrné výrazné ovlivnění zkušeností se zdravotnickým personálem, jeho **přístupem a kvalitou péče poskytovanou v průběhu události**, a také dalšími podporujícími faktory, jakými byla odborná **psychologická pomoc** a také **spirituální aspekt**. Potřeba a podoba psychosociální intervence u respondentek pak vyplývá z absence či nedostatečné či neadekvátní podpory v těchto jednotlivých oblastech.

Je patrné, že psychologická péče o tyto ženy je v současné době zaměřená spíše na negativní následky a komplikace, které se mohou v důsledku nedostatečné podporující péče u těchto žen objevit. V oblasti následné péče se objevily také občanské iniciativy jako např. občanské sdružení Dlouhá cesta či internetové stránky maminek se zkušeností perinatální ztráty, které se opírají a vycházejí ze zkušeností a potřeb těchto žen a nabízejí informační podporu a možnost sdílení. Jakkoli dostupnost sdílecích skupin či podobné podpůrné péče je stále ještě malá, tyto iniciativy si zaslouží pozornost a podporu, protože poskytují těmto ženám cennou a významnou pomoc.

Toto výzkumné šetření ukazuje, že je vhodné a důležité zaměřit se také na prevenci těchto komplikací a psychosociální intervenci směřovat hlavně do akutní fáze zažívání takovéto zkušenosti, tedy také, a to zejména, do zdravotnických zařízení. Ženy kromě dostatečných informací postrádají i lidský přístup, respekt a citlivost ke svým potřebám. Cení si bezpečného prostoru a dostatečného času pro sdílení své bolesti a pocitů, myšlenek a obav, na což lékaři a další zdravotnický personál často nemají kapacitu. Zdravotníkům leckdy chybí dostatečná orientace v psychologických aspektech problematiky ztráty, která by zlepšila jejich porozumění prožívání i chování žen v této situaci. V psychologické práci na porodnických odděleních tedy vidím velký potenciál doplňující lékařskou péči. Přínos vnímám jednak ve zlepšení kvality péče poskytované těmto ženám v porodnicích, ale také ve zkvalitnění podpory poskytované zdravotníkům samotným.

Výsledky výzkumného šetření poukazují na klíčovost role právě akutní péče v době bezprostředně po události a v jejím průběhu. Pokud tato péče dobře reflektuje potřeby žen, nabízí adekvátní a respektující podporu, ženy pak lépe procházejí procesem truchlení. Také psychosociální intervenci v rámci akutní péče by bylo možné zaměřit na všechny čtyři sledované oblasti, emoční, kognitivní, sociální a spirituální.

- ❖ V oblasti emočního aspektu případné psychosociální intervence je třeba dát **dostatečný prostor emocím**, které se objevují. Umožnit ženě, aby se svými emocemi mohla být v kontaktu a normalizovat fakt, že mohou být velmi intenzivní, zahlcující, popřípadě, že se naopak v danou chvíli neobjeví vůbec. Jako vhodné se jeví akty provázení. To je forma péče, kterou by po proškolení mohl poskytovat také zdravotnický personál. Provázení jiného člověka, který čelí takové situaci, vyžaduje od pomáhajícího také určitou míru sebereflexe vlastních pocitů. Jako ideální se jeví spolupráce s psychologem přímo na oddělení zdravotnického zařízení. Kontinuita a návaznost péče může být dalším podporujícím faktorem, pokud by psycholog mohl nabízet následné psychoterapeutické služby nebo alespoň pacientku cíleně předat do péče jiného kolegy.
- ❖ Kognitivní aspekt se pak zaměřuje zejména na **podávání informací**. To by se mělo dít v **adekvátní a srozumitelné formě**, ideálně oběma rodičům najednou. Je nutné mít na paměti sníženou kognitivní schopnost člověka v zátěžové situaci, jak uvádí Vodáčková (2002), a také rozumět normálním reakcím na zátěžové situace (akutní reakce na stres). Proto se jeví jako vhodné informace podávat postupně, jednoduchou formou a s výrazem účasti. Je vhodné nabízet ženám **informační leták**, aby se k informacím mohly opakovaně vracet i později. Informace se týkají jednak dalšího postupu zdravotní péče, nabídky rozloučení s dítětem, popřípadě památky na něj, jednak informací o procesu truchlení, o jeho významu, dynamice, obvyklém časovém průběhu a v neposlední řadě také praktické informace o sociálních dávkách, pohřbu a kontaktu s pohřební službou, obvyklém postupu zdravotnického zařízení (pitva, pitevní zpráva apod.). Součástí případného letáku by měla být také nabídka na psychologickou, psychoterapeutickou péči včetně kontaktů a nabídka následné péče, internetové stránky, popř. kontakt na sdílecí skupiny apod.
- ❖ V rámci sociálního faktoru psychosociální intervence lze vnímat jako důležité **podpořit kontakt mezi matkou a jejím partnerem**, popřípadě blízkými podporujícími osobami, umožnit pokud možno neomezený kontakt. Je vhodné akcentovat **soukromí rodičů** a snažit se zamezit dalšímu zvyšování zátěže tím, že by museli čelit kontaktu s jinými rodícími ženami, či matkami s dětmi po porodu. Tedy lze doporučit hospitalizaci ženy nikoli na oddělení šestinedělí, ale spíše na gynekologické části zařízení apod.
- ❖ Z výzkumného šetření, z dalších výzkumů a také z teoretických poznatků vyplývá, že je velmi důležité umožnit rodičům **kontakt s tělem jejich zesnulého dítěte**. Je

vhodné hovořit o této možnosti a její důležitosti v dostatečném předstihu, mluvit o tom, že tento krok je obecně doporučovaný z hlediska procesu truchlení, dát rodičům dostatečný prostor na rozhodnutí, hovořit otevřeně o tom, jak takovéto dítě obvykle vypadá a zaměřit se na minimalizaci případných negativních fantazií ohledně dítěte, nabídku případně zopakovat po narození dítěte, nechat tuto nabídku otevřenou ještě po nějakou dobu po porodu (24 hodin). Je vhodné zajistit takové vnější podmínky, aby takové setkání a loučení s dítětem probíhalo za důstojných podmínek, bez dalších svědků a v důstojném prostředí. Je důležité, aby zdravotníci rozuměli důležitosti tohoto kroku a snažili se rodiče adekvátně podpořit.

- ❖ Jako významné se jeví také **poskytování tzv. památečních balíčků** – otisk nožky a ruky, ustřižené vlásky, nemocniční identifikační náramek, památeční list apod. Pro většinu respondentek je tato památka, pokud ji mají, velmi významná. Doporučit lze také možnost dítě vyfotografovat a fotografii evidovat pod číslem porodu v datové podobě po omezenou dobu (6 měsíců) a nabízet možnost vyzvednout si tuto fotografii kdykoli po tuto omezenou dobu. Po vypršení doby je fotografie v datové podobě smazána. Tento postup umožňuje i ženám, které bezprostředně po události nejsou schopny konfrontovat se s tělem dítěte, aby památku získaly později v době, kdy už takového kroku schopny jsou. Tento postup je v souladu se zákonem 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů, což výzkumnice konzultovala s ÚOOÚ.
- ❖ Do této části psychosociální intervence zaměřené na rodiče procházející perinatální ztrátou spadá také **respektující a podporující přístup zdravotníků**. V tomto ohledu vnímám jako důležité zaměřit pozornost na péči o zdravotnický personál a jeho lepší orientaci v problematice psychologických aspektů perinatální ztráty a procesu truchlení. Jako vhodné kroky lze vnímat:
 - ❖ **Zvýšení informovanosti** o psychologických aspektech perinatální ztráty, procesu truchlení a jeho významu pro pozdější psychický stav ženy, informace o normálních reakcích v zátěžových situacích, projevech disociace, akutní stresové reakce apod.
 - ❖ **Nabídka supervize** či psychologické péče, která by umožnila zdravotníkům reflektovat svoje vlastní emoce či myšlenky v souvislosti s tématem.
 - ❖ **Vyhotovení konkrétního manuálu**, či plánu postupu, který by zdravotníkům ulehčil orientaci v celém ošetrovatelském procesu a nabídl konkrétní nástroje, jak s tématem pracovat (např. kdy a jak hovořit o nabídce vidět dítě po porodu,

jaká jsou pravidla takového kontaktu, jak pracovat s tématem pohřbu, jasná forma nabídky památečního balíčku, v jaké situaci volat psychologa apod.). Zpracování tohoto manuálu bych vnímala jako další vhodný krok, navazující na tento výzkum. V tuto chvíli se také objevilo zdravotnické zařízení, které o zpracování takového manuálu ze strany výzkumnice má zájem.

- ❖ **Spirituální aspekt** akutní psychosociální intervence se na základě výstupu tohoto výzkumného šetření nejeví jako zásadní. Spirituální aspekt se jako důležitý objevuje spíše v pozdějších fázích. Nicméně se u pacientek může objevit potřeba např. křtu po porodu. Je tedy vhodné na něj nezapomínat, a pokud by se takováto potřeba objevila, umožnit ženě kontakt s duchovním.

Doufám, že by tato výzkumná práce mohla alespoň trochu přispět ke zkvalitnění péče o ženy v této extrémně náročné životní situaci a k citlivějšímu vnímání tohoto tématu. Aby ženy v této situaci zažívaly dostatek podpory v podmínkách, které by mohly co nejvíce vycházet vstříc jejich potřebám. Přála bych si, aby tyto ženy díky přístupu a práci celého ošetřujícího týmu (včetně psychologů) vnímaly bezpečí a cítily takovou důvěru, že mohou o svých potřebách a obavách otevřeně hovořit a že se jim kromě odborné intervence dostane také lidského přijetí a respektu k velikosti jejich ztráty.

Není mi známa žádná jiná výzkumná práce, která by se v České republice zabývala výhradně touto problematikou. Proto se domnívám, že výsledky tohoto kvalitativního šetření mohou v České republice přispět také k posunu ve výzkumné činnosti na toto téma.

POUŽITÉ ZDROJE

Akutní a posttraumatické stresové reakce po mimořádných událostech při výkonu služby: informace pro nadřízené, postižené, kolegy, životní partnery. Praha: Psychologická služba MV-GR HZS ČR, 2004, 8 s. ISBN 80-866-4025-6.

BADENHORST, William, Samantha RICHES, Penelope TURTON a Patricia HUGHES. The psychological effects of stillbirth and neonatal death on fathers: Systematic review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics* [online]. 2006, roč. 27, č. 4, s. 245-256 [cit. 2012-05-30]. ISSN 0167-482x. DOI: 10.1080/01674820600870327. Dostupné z: <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1080/01674820600870327>

BAŠTECKÁ, Bohumila. *Terénní krizová práce: psychosociální intervenční týmy.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005, 299 s. ISBN 80-247-0708-X.

DAVIS, Deborah L. *Empty cradle, broken heart: surviving the death of your baby.* Rev. and expanded ed. Golden, Colo.: Fulcrum Pub., c1996, 268 s. ISBN 15-559-1302-4.

Demografická ročenka ČR 2009 [online]. Praha: Český statistický úřad, 2010 [cit. 2012-05-01]. ISSN e-4019-10. Dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/2010edicniplan.nsf/p/4019-10>

DOHNALOVÁ, Zdeňka a Eva PAVLÍKOVÁ. Psychosociální podpora předčasně porodičích žen po úmrtí novorozence. *Florence: časopis moderního ošetrovatelství.* 2011, VII, 1/2011, s. 21-27. ISSN 1801-464X. DOI: 1801-464X.

DOKOUPILOVÁ, Marie. *Narodilo se předčasně: průvodce péčí o nedonošené děti.* 1. vyd. Praha: Portál, 2009, 315 s. ISBN 978-807-3675-523.

DOUGLAS, Ann a John R SUSSMAN. *Trying again: a guide to pregnancy after miscarriage, stillbirth, and infant loss.* Dallas, Tex.: Taylor Publishing, 2000, 311 s. ISBN 08-783-3182-4.

ENKIN, Murray. *Efektivní péče v perinatologii.* 1. vyd. Praha: Grada, 1998, 385 s. ISBN 80-716-9417-7.

EVANS, Nancy. *Těhotenství a porod od A do Z: přehledná encyklopedie.* Překlad Kateřina Zárybnická. 1. vyd. Praha: Pragma, 1997, 343 s. ISBN 80-720-5510-0.

FEDOR-FREYBERGH, Peter G. Prenatální a perinatální psychologie a medicína: nový přístup k primární prevenci. In: *Sborník textů mezinárodní konference o přirozeném porodu Přivádíme děti na svět.* Praha: Aperio, 2002, s. 39-41. ISBN 80-903-0871-6.

FREED, Luci a Penny Yvonne SALAZAR. *Čas k uzdravení: naděje a pomoc při překonávání postabortivního syndromu.* 1. vyd. Praha: Paulínky, 2008, 199 s. Klíč (Paulínky). ISBN 978-80-86949-44-4.

HÁJEK, Zdeněk. *Rizikové a patologické těhotenství.* 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 443 s. ISBN 80-247-0418-8.

HARPER, David a Andrew R THOMPSON. *Qualitative research methods in mental health and psychotherapy: a guide for students and practitioners*. Chichester, West Sussex: John Wiley, 2012, 258 s. ISBN 978-047-0663-707.

HAVRÁNKOVÁ, Olga. Téma smrti a umírání. In: Vodáčková, Daniela, ed. *Krizová intervence*: 1. vyd. Praha: Portál, 2002, s. 305-313. ISBN 80-717-8696-9.

HEFFERON, Kate a Elena GIL-RODRIGUEZ. Interpretative phenomenological analysis. *The Psychologist* [online]. 2011, roč. 24, č. 10, s. 756-759 [cit. 2012-05-30]. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psych&AN=2011-23560-004&lang=cs&site=ehost-live>

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2008, 407 s. ISBN 978-80-7367-485-4.

HOŘEJŠÍ, Adéla. Objektivní data o mrtvých dětech. *Zdravotnické noviny: ZDN* [online]. 2010, 49/2010 [cit. 2012-05-06]. ISSN 1214-7664. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/zdravotnicke-noviny/objektivni-data-o-mrtvych-detech-456330>

HOSKOVCOVÁ, Simona. *Psychosociální intervence*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2009, 184 s. ISBN 978-802-4616-261.

JIND, Lise. Parents' adjustment to late abortion, stillbirth or infant death: The role of causal attributions. *Scandinavian Journal of Psychology*. 2003, roč. 2003, č. 44, s. 383-394.

JONAS, Rainer. *Zázračná cesta na svět: kronika 38 týdnů cesty do života s jedinečnými fotografiemi od početí až k porodu*. 1. vyd. Praha: Slovart, 2001, 111 s. ISBN 80-720-9354-1.

KASPARKOVÁ, Pavla a Radka BUŽGOVÁ. Podpora rodičů při perinatálním úmrtí. *Kontakt: Scientific Acta Faculty of Social and Health Studies : vědecký časopis Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity*. 2010, roč. 2010, č. 4, s. 387-398. ISSN 1212-4117. DOI: 1212-4117. Dostupné z: http://ratislavova.files.wordpress.com/2009/12/kontakt_4_10_final_oprava1.pdf

KASTOVÁ, Verena. *Krise a tvořivý přístup k ní: Typy životních krizí, jejich dynamika a možnosti krizové intervence* Přel. J. Vašková. 1. vyd. Praha: Portál, 2000, 167 s. ISBN 80-717-8365-X.

KOCVRLICHOVÁ, Marta. *Vina*. 1. vyd. V Praze: Triton, 2006, 366 s. Psyché (Triton), sv. 42. ISBN 80-725-4684-8.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O dětech a smrti*. Překlad Jiří Královec. 1. vyd. Praha: Ermat, 2003, 311 s. ISBN 80-903-0861-9.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O smrti a umírání*. 1. vyd. Turnov: Arica, 1993. ISBN 80-900134-6-5.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *Otázky a odpovědi o smrti a umírání*. Překlad Jiří Královec. 1. vyd. Turnov: Arica, 1994, 148 s. ISBN 80-858-7812-7.

LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 3. přeprac. a dopl. vyd.

Praha: Grada, 1998, 343 s. ISBN 80-716-9195-X.

LEVINE, Peter A. a Ann FREDERICKOVÁ. *Prebúdzanie tigra: Liečenie traumy*. 1. vyd. Humenné: Pro Familia, 2002. ISBN 80-967964-3-7.

LUCKÁ, Yvonna. Mrtvě narozené děti. In: *Sborník textů mezinárodní konference o přirozeném porodu Přivádíme děti na svět*. Praha: Aperio, 2002, s. 75-76. ISBN 80-903-0871-6.

LUCKÁ, Yvonne, Lubomír KOBRLE. Srážka s překážkou. In: Vodáčková, Daniela, ed. *Krizová intervence*: 1. vyd. Praha: Portál, 2002, s. 359-370. ISBN 80-717-8696-9.

MAREK, Vlastimil. *Nová doba porodní: život před životem; porod jako zázrak; první tři minuty a jak dál; přirozený porod jako cesta ke společnosti bez násilí*. 1. vyd. Praha: Eminent, 2002, 260 s. ISBN 80-728-1090-1.

MATĚJČEK, Zdeněk a Jiří LANGMEIER. *Počátky našeho duševního života*. 1. vyd. Praha: Panorama, 1986. Pyramida. ISBN 11-060-86.

Mezinárodní klasifikace nemocí - 10. revize: duševní poruchy a poruchy chování : popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka. Praha: Psychiatrické centrum, 1992, 282 s. ISBN 80-851-2137-9.

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1.vyd. Praha: Grada, 2006, 332 s. ISBN 80-247-1362-4.

MOODY, Raymond A a Dianne ARCANGEL. *Život po ztrátě*. 1. vyd. Praha: Knižní klub, 2005, 287 s. ISBN 80-242-1363-X.

MROWETZ, Michaela, Gauri CHRASTILOVÁ a Ivana ANTALOVÁ. *Bonding – porodní radost: podpora rodiny jako cesta k ozdravení porodnictví a společnosti?*. 1. vyd. Praha: DharmaGaia, 2011, 279 s. Šťastné dítě. ISBN 978-807-4360-145.

Practice Guidelines: Delaying Postmortem Pathology Studies. In: *Www.plida.org* [online]. 2008 [cit. 2012-05-30]. Dostupné z: <http://www.plida.org/pdf/PostmemPath.pdf>

Practice Guidelines: Offering the Baby to Bereaved Parents. In: *Www.plida.org* [online]. 2008 [cit. 2012-05-30]. Dostupné z: <http://www.plida.org/pdf/PLIDA%20Guidelines%20Offering%20Baby.pdf>

Practice Guidelines: When Bereaved Parents Want to Hold their Baby. In: *Www.plida.org* [online]. 2008 [cit. 2012-05-30]. Dostupné z: http://www.plida.org/pdf/PLIDA_Guidelines_Parents_Holding_Baby.pdf

RATISLAVOVÁ, Kateřina a Jiří BERAN. Psychosociální intervence při porodu mrtvého plodu v historii a dnes. *Česká gynekologie* [online]. 2010, roč. 2010, č. 5, s. 462-466, 26.4.2012 [cit. 2012-04-28]. ISSN 1803-6597. DOI: 1803-6597. Dostupné z: <http://www.prolekare.cz/ceska-gynekologie-clanek/psychosocialni-intervence-pri-porodu-mrtveho-plodu-v-historii-a-dnes-33022?search=Psychosoci%20A1ln%20AD+intervence+p%20%99i+>

RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Aplikovaná psychologie porodnictví: [psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí : psychosomatická medicína : učební texty pro porodní asistentky]*. 1. vyd. Praha: Reklamní atelier Area, 2008, 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4.

ROTHSCHILD, Babette. *Pamät' tela: Psychofyziológia a liečenie traumy*. 1.vyd. Humenné: Pro Familia, 2007. ISBN 978-80-967964-5-8.

ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 405 s. ISBN 978-802-4719-412.

SAMUELSSON, Margaret. Porodila jsem, ale.... In: *Sborník textů mezinárodní konference o přirozeném porodu Přivádíme děti na svět*. Praha: Aperio, 2002, s. 36-38. ISBN 80-903-0871-6.

SMITH, Jonathan A. About IPA. BIRKBECK UNIVERSITY OF LONDON. [Http://www.ipa.bbk.ac.uk](http://www.ipa.bbk.ac.uk) [online]. 2011, 2011-9-14 [cit. 2012-05-27]. Dostupné z: <http://www.ipa.bbk.ac.uk/about-ipa>

SMITH, Jonathan A, Paul FLOWERS a Michael LARKIN. *Interpretative phenomenological analysis: theory, method and research*. Los Angeles: SAGE, 2009, 225 s. ISBN 978-141-2908-344.

STRAUSS, Anselm. *Základy kvalitativního výzkumu: Postupy a techniky metody zakotvené teorie* Přel. S. Ježek. 1.vyd. Boskovice: Albert, 1999, 196 s. ISBN 80-858-3460-X.

SURKAN, Pamela J, Ingela RDESTAD, Sven CNATTINGIUS, Gunnar STEINECK a Paul W. DICKMAN. Events after Stillbirth in Relation to Maternal Depressive Symptoms: A Brief Report. [online]. [cit. 2012-05-30]. DOI: 10.1111/j.1523-536X.2008.00229.x. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1523-536X.2008.00229.x>

ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krizová intervence pro praxi*. 2. aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2011, 195 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2624-3.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Poradenství pro pozůstalé*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 143 s. ISBN 978-802-4717-401.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Zármutek a pomoc pozůstalým*. 1. vyd. Praha: ISV, 2001, 267 s. ISBN 80-858-6682-X.

ŠTEMBERA, Zdeněk a Petr VELEBIL. Vývoj perinatální úmrtnosti v ČR. *Interní medicína*. 2003, roč. 2003, č. 2, s. 21-25. Dostupné z: <http://www.solen.cz/pdfs/int/2003/03/16.pdf>

ŠULOVÁ, Lenka. *Raný psychický vývoj dítěte*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004, 247 s. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze, 4. ISBN 80-246-0877-4.

TEUSEN, Gertrud a Iris GOZE-HÄNEL. *Prenatální komunikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003, 79 s. Průvodce výchovou v rodině. ISBN 80-717-8753-1.

VACHON, Mélanie, Lise FILLION, Marie ACHILLE, Stéphane DUVAL a Doris LEUNG. An Awakening Experience: An Interpretative Phenomenological Analysis of the Effects of a Meaning-Centered Intervention Shared Among Palliative Care Nurses. *Qualitative Research*

in Psychology [online]. 2011-03-17, roč. 8, č. 1, s. 66-80 [cit. 2012-05-30]. ISSN 1478-0887.
DOI: 10.1080/14780880903551564. Dostupné z:
<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14780880903551564>

VERNY, Thomas a John KELLY. *Tajomny život dietata pred narodenim*. 1. vyd. Bratislava: Slovenske pedagogicke nakladatel, 1993. ISBN 80-080-2055-5.

VODÁČKOVÁ, Daniela. *Krizová intervence*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002, 543 s. ISBN 80-717-8696-9.

VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. 3. aktualiz. vyd. Praha: Portál., 2003, 397 s. ISBN 80-717-8740-X.

WORDEN, J. *Grief counseling and grief therapy: a handbook for the mental health practitioner*. 4th ed. New York, NY: Springer Pub. Co., c2009, 314 s. ISBN 08-261-0120-8.

SEZNAM PŘÍLOH

číslo	název	strana
1	Průvodní dopis oslovující respondentky	176
2	Informovaný souhlas s výzkumným šetřením	177
3	Scénář rozhovoru	178
4	Vizuálně analogová škála vyrovnávání se s perinatální ztrátou	180
5	Ukázka práce s textem rozhovoru (IPA analýza)	183
6	Deskriptivní a interpretační výstup IPA analýzy pilotního rozhovoru	186
7	IPA analýza pilotního rozhovoru - shluky	190
8	Výtvarné dílo respondentky (ukázka copingu)	192