

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
EVANGELICKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA



Bakalářská Práce

Perinatální ztráta a její dopad na partnerský vztah

Markéta Drahotová

Katedra: Psychologie a pedagogiky

Vedoucí práce: Mgr. Lucie Hubertová

Studijní program: Sociální práce

Studijní obor: Pastorační a sociální práce

Praha 2016

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně pod vedením Mgr. Lucie Hubertové. V seznamu literatury jsem uvedla veškeré informační zdroje, které byly při psaní práce použity. Tuto práci nepředkládám k obhajobě na jiné škole. Souhlasím s tím, aby uvedená práce byla pro studijní účely zpřístupněna dalším osobám nebo institucím prostřednictvím Knihovny Jabok a v elektronické podobě prostřednictvím IS Jabok.

V Praze dne 20. 4. 2016

Markéta Drahotová

Anotace

Tato bakalářská práce zkoumá dopad perinatální ztráty na partnerský vztah, je rozdělena na dvě části.

Teoretická část popisuje perinatální ztrátu, její prožívání a možné reakce na ni. Nastiňuje několik pohledů na téma truchlení jako procesu integrace náročné životní zkušenosti. Popisuje rozdílnost prožívání tohoto procesu u mužů a žen.

Praktická část mapuje prožitky partnerů, kteří perinatální ztrátou prošli. Zaměřuje se na to, jaký dopad tato zkušenost v partnerech zanechala. Výzkumné šetření zahrnuje dva polostrukturované rozhovory, které byly analyzovány pomocí interpretativní fenomenologické analýzy.

Klíčová slova

Těhotenství, perinatální ztráta, porod, krize, truchlení, integrace náročné životní zkušenosti

Abstract

This bachelor's thesis explores the impact of perinatal loss on the relationship of the partners. It is divided into two parts.

The theoretical part provides basic information about perinatal loss, such as its incidence, how it is experienced, and possible reactions to it. It gives several views on the mourning process as an integration process for this difficult life experience of the couple. It also describes the differences in the ways men and women experience this process.

The practical part surveys the experience of partners who have gone through perinatal loss. It focuses on the impact the experience leaves on the couple. The exploratory survey includes two semi-structured dialogues which have been analysed with the help of interpretative phenomenological analyses.

Key words

Gestation, perinatal loss, birth, crisis, mourning, integration of difficult life experience

Poděkování:

Děkuji paní Mgr. Lucii Hubertové za vstřícné a trpělivé vedení práce, za její cenné rady a podporu. Děkuji též manželským párům, které se mnou sdíleli svou zkušenost, za jejich upřímnost i otevřenost. Děkuji i svým třem synům za podporu a trpělivost, kterou se mnou měli během psaní této práce.

OBSAH

Úvod.....	1
TEORETICKÁ ČÁST	3
1. Psychosociální aspekty těhotenství.....	3
1.1 První trimestr.....	4
1.2 Druhý trimestr	4
1.3 Třetí trimestr.....	4
2. Porod.....	6
2.1 Perinatální období	6
2.1.1 Syndrom mrtvého plodu.....	6
2.1.2 Časně novorozenecké úmrtí	9
2.2 Perinatální ztráta.....	9
2.3 Přístup zdravotníků	11
2.3.1. Zdravotnická dokumentace	11
2.3.2 Sekundární traumatizace zdravotnického personálu.....	12
3. Reakce na ztrátu.....	14
3.1 Krize	14
3.1.1 Ztráta jako krize	16
3.2 Reakce na krizi	17
3.2.1 Přirozené mechanismy	17
3.2.2 Copingové strategie.....	18
3.2.3 Akutní reakce na stres	19
3.2.4 Posttraumatická stresová porucha (PTSD).....	20
4. Truchlení a jeho projevy	22
4.1.1 Fáze truchlení dle Kübler-Rossovové	23
4.1.2 Fáze truchlení dle Vereny Kastové	24
4.1.3 Úkoly v procesu truchlení dle Wordena.....	25
4.1.4 Překonávání ztráty podle Moodyho a Arcangelové	28

4.1.5	Fáze psychických reakcí na perinatální ztrátu dle Čepickéhoho...	29
4.1.6	Specifika procesu truchlení dle Davisové	30
4.2	Rozdíly v prožívání truchlení u mužů a žen	31
4.3	Komplikace v procesu truchlení	34
5.	Změny vyvolané ztrátou dítěte	37
	PRAKTICKÁ ČÁST	39
6.	Úvod do problému	39
6.1	Cíl výzkumu	39
6.2	Výzkumná metoda	39
6.3	Výzkumný soubor a průběh sběru dat	40
6.4	Technika sběru dat	41
6.5	Etický aspekt výzkumu	42
7.	Praktický postup	44
7.1	Rozhovory	45
	Rozhovor číslo 1	45
	Rozhovor číslo 2	51
7.2	Shrnutí	57
8.	Diskuse	59
9.	Závěr	62
10.	Seznam použité literatury	63
11.	Přílohy	67

Úvod

Jsem porodní asistentka a v oblasti porodnictví se pohybuji více než 20 let. Ve své profesi se setkávám se ženami, které rodí zdravé děti, ale také se ženami, jejichž těhotenství nemělo z různých důvodů šťastný konec. Situace těchto žen je nesnadná a pro mne je velkou zkušeností provázet je na jejich cestě. Ztráta blízké osoby obecně je považována za zátěžovou situaci a adaptace na ztrátu dítěte může být ještě obtížnější, protože nebývá očekávaná – rodiče spíše očekávají, že je jejich děti přežijí. Dopady ztráty dítěte jsou nedozírné. Pozůstalí zakoušejí pocit ztráty smyslu života, pocity viny, smutku, ochromení a všechny tyto pocity mohou velmi poznamenat i jejich partnerský vztah. Ze své zkušenosti vím, že pro tyto ženy a též jejich partnery, otce dítěte, je velmi důležitá podpora okolí a přístup a vnímavost nás, zdravotníků. Tyto okolnosti mohou přispět k tomu, jak oba partneři budou své situaci čelit, jak se s ní budou vyrovnávat a jak se jim tuto zkušenost podaří integrovat do dalšího života.

V naší republice byla donedávna smrt spíše tabuizované téma, v poslední době se toto pomalu mění a též v odborné literatuře je tématu smrti věnováno více prostoru. Téma smrti malého dítěte či novorozeněte zůstává ale stále na okraji. Okolí často neví, jak má na tuto skutečnost reagovat. Někdy reaguje nevhodně nebo nereaguje vůbec a tato skutečnost může pozůstalé zraňovat.

V této práci se budu zabývat tématem perinatální ztráty. Rozhodla jsem se prozkoumat dopad, který má tato zkušenost na partnerský vztah obou rodičů, kteří touto ztrátou prošli. Rozhodla jsem se věnovat zkušenosti dvou manželských párů, kteří prošli takovouto situací, jejich prožívání celé události a toho, co následovalo. Zajímala mne též rozdílnost pohledů mužů a žen na tuto prožitou zkušenost.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části vymezím pojmy, které mají souvislost se smrtí dítěte, jako jsou těhotenství a jeho psychosociální aspekty, perinatální ztráta, krize, smutek a truchlení.

Dále se pokusím přiblížit pomocí dostupné literatury teoretický rámec procesu truchlení, integrační mechanismy, copingové strategie a další okolnosti, které napomáhají vyrovnání se se ztrátou.

V praktické části se pomocí hloubkových individuálních rozhovorů pokusím zjistit, jak zkušenost perinatální ztráty ovlivnila či změnila partnerský vztah obou rodičů a jaký dopad tato událost v obou partnerech zanechala.

Tato práce by mohla být přínosem nejen odborníkům, kteří s pozůstalými rodiči pracují, ale také samotným rodičům s podobnou zkušeností i jejich širšímu okolí.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Psychosociální aspekty těhotenství

Všechny aspekty těhotenství, včetně rozdělení do trimestrů, zařazuji na začátek této práce. I když je načrtnu jen velmi stručně, přece jen nám pomohou lépe chápat psychické i tělesné pochody žen, které své dítě ztratily.

Těhotenství, gravidita, je proces, který začíná splynutím mužské a ženské pohlavní buňky a končí porodem. Přirozený porod nastane mezi 38-40. týdnem gravidity. Pokud se dítě narodí před 38. týdnem, jedná se o porod předčasný. V těhotenství v organismu ženy dochází k somatickým i psychickým změnám. Vývoj psychických změn je značně podmíněn osobností ženy, věkem, postojem k těhotenství, partnerstvím i rodinným zázemím (Rastislavová, 2008). Můžeme říci, že v těhotenství prochází proměnou nejen tělo ženy, ale i partnerské vztahy a celý rodinný systém. V posledních letech je trendem to, že se rodí čím dál méně dětí. Těhotenství ženy odkládají na pozdější věk, kdy budou finančně zajištěné a budou mít na dítě více času. Vnímání těhotenství se též mění s rozvíjející se zobrazovací i diagnostickou technikou. V knihkupectvích i na internetu je v současnosti snadno dostupná literatura o vývoji dítěte i o průběhu těhotenství. Také nabídka předporodních kurzů s přípravou na porod pro partnerské páry je v poslední době značná a hojně využívaná. Tyto okolnosti vedou k hlubšímu vnímání těhotenství, ale i k větší intenzitě prožívání perinatální ztráty (Borůvková, 2012).

Těhotenství se všemi změnami, které přináší, můžeme zařadit k vývojovým krizím v životě ženy. Téměř u všech žen jsou patrné obavy a někdy i strach z nové životní role. Objevují se pocity úzkosti, zmatku, přecitlivělosti a nostalgie po starém způsobu života. Některé ženy si s rostoucím těhotenstvím uvědomují svoji zranitelnost, křehkost a ekonomickou i psychickou závislost na partnerovi.

Tak jako ze somatického hlediska, tak i z hlediska psychologických změn v těhotenství, rozdělujeme graviditu do tří trimestrů.

1.1 První trimestr

V průběhu tohoto trimestru dochází k potvrzení gravidity. Pomocí ultrazvukového vyšetření, lze od 6. týdne diagnostikovat graviditu. Pokud tato těhotenství potvrdí, dochází k faktu smíření se s tím, že v ženě roste plod, který změni chod celé rodiny mnohem dříve, než tomu bylo v minulosti. (Roztočil, 2008)

První trimestr též bývá provázen tělesnými příznaky jako nechutenství, nauzea, zvracení. Je to období, ve kterém žena přijímá skutečnost zásadní životní změny a sžívá se s ní. Žena pozoruje své tělo, je citlivá na reakce okolí a partnera. Často vyhledává kontakt s vlastní matkou. V důsledku těhotenských obtíží mnohé ženy ztrácí chuť k sexu. (Rastislavová, 2008)

1.2 Druhý trimestr

Ve druhém trimestru žena začíná vnímat pohyby plodu a objem jejího břicha se výrazně zvětšuje. Je to období klidu, kdy si žena uvědomuje plně existenci dítěte, komunikuje s ním a snaží se dělat vše pro zdárný průběh těhotenství. (Životní styl, cvičení, dostatek spánku,...) Nemá-li žena zdravotní problémy, navštěvuje předporodní kurzy, ve kterých navazuje vztahy se stejnou skupinou žen (Roztočil, 2008).

1.3 Třetí trimestr

V tomto závěrečném období těhotenství žena přizpůsobuje prostředí bytu pro miminko, shání dětskou výbavičku. Je to období budování hnízda, přípravy na porod. Žena vybírá s partnerem porodnici, sepisuje porodní plán a uvažuje spolu s partnerem nad jeho možnou přítomností u porodu. V závěru tohoto trimestru se objevuje strach z porodu, těhotenství se stává nepohodlným

a žena se těší, až skončí. Objevují se pocity zranitelnosti, strach z porodních komplikací, obavy o to, aby bylo dítě zdravé. Žena i její partner se bojí vlastního selhání v péči o novorozeně (Roztočil, 2008).

2. Porod

2.1 Perinatální období

Perinatální období vymezujeme od doby viability plodu (období, kdy je plod schopen přežít), přes období porodu a šestinedělí do 7. dne po narození dítěte. Dolní hranice viability plodu se historicky vyvíjí a v České republice je stanovena 24. týdnem těhotenství. Hranici viability plodu schvaluje odborná neonatologická společnost, která sleduje doporučení WHO (Pařízek, 2009). Pro upřesnění – dle zákona 372/2011 o zdravotních službách „*plodem po potratu se rozumí plod, který po úplném vypuzení nebo vynětí z matčina těla neprojevuje ani jednu ze známek života (dech, srdeční akce, pulzace pupečnicku či aktivní pohyb svalstva) a jeho porodní hmotnost je nižší než 500 gramů. Pokud tuto hmotnost nelze zjistit, potom záleží na délce těhotenství, která je v této situaci kratší než 22 týdnů*“.(Paragraf 82, odstavec 2, s. 4779)

Dítě v lůně matky je tedy vnímáno podle zákona jako plod do 22. týdne těhotenství. Po ukončeném 22. týdnu, při hmotnosti větší než 500 gramů a délce nejméně 25 cm je pak definováno jako dítě. (Špaňhelová, 2015)

Období mezi 22. a 25. týdnem těhotenství je označováno jako kritické a možnost přežití dítěte je velmi nejistá. Výsledky přežití dítěte jsou ovlivněny biologickými faktory dítěte, postojem lékařů a rodičů, místem porodu a přístupem k péči.

2.1.1 Syndrom mrtvého plodu

Do této kategorie spadají všechny mrtvé plody s porodní hmotností vyšší než 500 gramů. Jestliže k úmrtí plodu došlo přímo během porodu, hovoříme o úmrtí intrapartálním. Tato úmrtí jsou v dnešní době spíše ojedinělá, v důsledku dobré monitorovací techniky na porodních sálech.

Příčina syndromu mrtvého plodu bývá často nejasná (asi ve 30-50%) a příčina smrti plodu se neprokáže. Obecně lze příčiny tohoto syndromu rozdělit na příčiny na straně matky, (např. gestózy, diabetes mellitus, HELLP syndrom, abúzus léků a drog,...) plodu (bakteriální a virové infekce, strukturální malformace,...) a na placentární a pupečnickové příčiny (insuficience placenty, IUGR, abrupce placenty, trombóza pupečnickových cév, strangulace pupečníku, apod.). Nejčastější prokázanou příčinou úmrtí bývá podle Hájka intraamniální infekce a abrupce placenty (Hájek, 2004).

Ženy přicházejí k lékaři či do zdravotnického zařízení na základě subjektivních příznaků, jako je změna intenzity či vymizení pohybů plodu, krvácení, kontrakce, únava či subfebrilie. Někdy matky také zmiňují nepříjemnou předtuchu, o kterou se ale zdráhají se zdravotníky podělit. Diagnóza mrtvého plodu se provádí pomocí monitorovací techniky a ultrazvukem, kde se prokáže nepřítomnost srdečních ozev plodu (Hájek, 2004).

Žena, přicházející s takovýmto podezřením, by měla být okamžitě vyšetřena, měla by dostat co nejrychleji stručné a jasné informace o dalším postupu a také možnost kontaktovat partnera či jiné příbuzné. Bezprostředně po prokázání diagnózy by neměla zůstat sama a měl by jí být dopřán dostatek času na zpracování neblahé informace. Měla by mít také právo na to, spolurozhodovat o dalším postupu. V některých případech je vhodné nabídnout ženě či rodičům odchod domů, aby mohli prvotní šok zpracovat v prostředí domova, rozmyslet si další postup a získat informace o možnostech rozloučení s dítětem (Rastislavová, 2014).

V rámci hospitalizace je vhodné ženu umístit do jiné části zařízení, než kde pobývají jiné ženy po porodu s dětmi. Žena, rodící mrtvé dítě vyžaduje zvláštní pozornost, citlivou komunikaci, neverbální komunikací vyjádřený respekt a úctu k ní i k zemřelému dítěti. Měla by též být informována o možnostech rozloučení se s dítětem, která jsou běžná a to ústní i písemnou

formou. Opakovaně by žena i její partner měli dostávat stručné a jasné informace o průběhu porodu i o možnostech rozloučení a důležitosti rituálu po porodu dítěte. Někteří rodiče chtějí své dítě po porodu vidět a chovat v náručí, někteří naopak své dítě vidět nechtějí a později se stává, že svého rozhodnutí litují. Vrátit tento okamžik už ale nelze. Většina rodičů je nakonec ráda, že své dítě po porodu viděli a váží si času, který s ním strávili. Je také možné miminko po porodu vyfotit, udělat otisk nožičky, ručičky, ustříhnout vlásky a toto vše vložit na upomínkový list.

Rodiče by měli být informováni nejen o vhodnosti uchování památky na narozené dítě, ale i o možnosti pohřbu a o možnosti podpory duchovního, během této pro ně bolestné události (Rastislavová, 2014).

Může se stát, že takto ritualizované chování může být rodiči považováno za nepatřičné či nevhodné, nicméně Roztočil po zkušenostech tento přístup reflektuje i doporučuje. *„Tato smutná povinnost sice není denním chlebem porodní asistentky, nicméně zvláště proto je dobré stanovit si standardní postupy v této situaci. Neinformovat rodiče telefonicky, pro informaci volit důstojné a uzavřené prostředí bez přítomnosti cizích osob. Informováni by měli být oba rodiče, a to porodníkem, porodní asistentkou, neonatologem. Nespěchat, nelhat, nevymýšlet si. Volit výrazové prostředky adekvátní schopnostem a chápání rodičů. Docílit jejich pochopení případu. Klidně a vyčerpávajícím způsobem odpovědět na všechny jejich otázky. Nestavět se do nadřízené, 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, ale pokud možno, samostatně. Hospitalizaci zbytečně neprodlužovat. Nebránit rodičům ve vizuálním i taktilním kontaktu s mrtvým novorozencem. Pokud nechtějí 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).

2.1.2 Časné novorozenecké úmrtí

Do tohoto typu úmrtí spadají novorozenci zemřelí do sedmi dnů po narození. Nejčastější důvody úmrtí jsou nezralost a komplikace nezralosti novorozence. Další možné příčiny jsou vrozené vývojové vady a chromozomální aberace, intrauterinní hypoxie, novorozenecká sepe, choroby oběhového systému, syndrom respirační tísně novorozence, a jiné. Smrt novorozence může být též způsobena spojením s chorobou matky jako hypertenze, preeklampsie a eklampsie, diabetes mellitus, autoimunitní choroby, abusus drog a další (Hájek 2004).

2.2 Perinatální ztráta

Perinatální ztráta znamená smrt dítěte v lůně matky před porodem, při porodu nebo v době do sedmi dnů po porodu a v naší zemi postihne zhruba 400 rodin ročně (ÚZIS ČR, 2013).

K perinatálnímu úmrtí dochází často náhle, bez upozornění, nelze se na něj připravit- jedná se o ztrátu, která není anticipovaná. Ženy, kterým dítě zemře během těhotenství nebo těsně po narození, prožívají obvykle množství negativních pocitů, ve kterých bývá těžké se orientovat. Oba rodiče mohou provázet pocity beznaděje, zranitelnosti a někteří se mohou i uzavřít do svého žalu s pocitem, že jim nikdo nemůže porozumět (Špaňhelová, 2015).

Úmrtí dítěte je tedy něco, co je rodiči považováno jako nepřírozené, nespravedlivé, proti přírodě a bývá provázeno mnoha pocity a myšlenkami na zemřelé dítě. Je to přirozená reakce, která provází ztrátu nejbližších a je popisována jako proces truchlení. Zpracování takto závažné události závisí na

více faktorech. Záleží na přístupu pomáhajících k rodičům, současné psychosociální situaci rodiny, vztazích v rodině, zážitcích a zpracování traumat v minulosti, na fyzické i psychické vybavenosti a odolnosti rodinných členů, a dalším (Rastislavová, 2014).

Čepický člení okolnosti, které určují průběh reakce na perinatální ztrátu takto:

- povaha perinatálního úmrtí. Neočekávanost úmrtí prodlužuje dobu nevíry, porod mrtvého dítěte je provázen stresem. Nejvíce traumaticky hodnotí úmrtí dítěte během porodu nebo krátce po něm, protože zde v ostrém kontrastu vystupuje radost z narození dítěte a jeho neočekávaná smrt.
- personál. Rodiče jsou velmi citliví na chování a na reakce zdravotnického personálu. Zdravotníci jsou často zasaženi pocity viny a vlastního selhání. S tímto se někdy vyrovnávají pomocí nepřátelského, zlehčujícího chování k matce.
- okolnosti těhotenství a porodu. Čím časnější stadium těhotenství, které je ukončeno ztrátou, tím kratší bývá akutní fáze. Délka života dítěte po porodu nemá vliv na intenzitu smutku. Přizpůsobení je ale snazší, pokud dítě nějakou dobu po porodu žilo. I tak ale převládají pocity hořkosti, hněvu, protestu. Potrat nebo porod mrtvého plodu provázejí pocity viny, ženy mají tendenci chápat událost jako vlastní selhání.
- poškození plodu. Není prokázána shoda v tom, zda reakce na úmrtí dítěte s poškozením je závažnější nebo není. Časté jsou pocity selhání a pocit neschopnosti porodit zdravé dítě.
- sociální opora je velmi důležitá. Navzdory tomu se mnoho matek cítí opuštěno vlastní rodinou, která jim nerozumí. Hloubka a intenzita zármutku bývá okolím často podceněna. (Čepický, 1999, s. 241-242)

Ve své práci se záměrně zaměřuji na téma ztráty v perinatálním období, protože si myslím, že kvalita a vzájemné spojení matky a dítěte je v tomto období intenzivnější. Také vztah partnera či manžela, otce dítěte, je v tomto období naplněn očekáváním budoucího završení otcovství.

2.3 Přístup zdravotníků

Ženy po perinatální ztrátě potřebují kromě podpory nejbližších také zájem a poskytnutí všech možných informací ze strany zdravotníků, kteří o ně pečovali. Rodiče oceňují, když zdravotníci:

- jsou připraveni naslouchat, pokud rodiče chtějí mluvit o tom, co se jim přihodilo.
- akceptují vše, co říkají, bez hodnocení nebo srovnávání
- jsou klidní, když vyjadřují své pocity
- vyhýbají se prázdným frázím a laciným ujištěním
- reagují s empatií, pokud je to vhodné, tak vyjadřují sympatie nebo zármutek
- umožní rodičům mít co největší kontrolu nad tím, co se děje

Ženy po perinatální ztrátě si nejvíce váží lidského, vřelého a osobního přístupu porodních asistentek. Oceňují, když jsou jim sestry na oddělení k dispozici, když je potřebují a jsou milé, citlivé, ochotné a myslí na komfort rodičů (Rastislavová, 2014).

2.3.1. Zdravotnická dokumentace

Otázkou stále zůstává co, jak a kam dokumentovat o psychosociálních intervencích při perinatální ztrátě. Mnohé z úkonů, které jsou po porodu mrtvého dítěte prováděny, se do dokumentace nezaznamenávají. Například jestli matka či otec miminko viděli, zda si je pochovali v náručí nebo zda si přejí uspořádat pohřeb. Ze své osobní zkušenosti mohu říci, že některé detailnější informace si zdravotníci mezi sebou nepředávají, což často vyvolává

pocit nedorozumění, nedůvěry nebo i hněvu ze strany rodičů vůči zdravotnickému personálu.

Podněty pro vylepšení této komunikace můžeme hledat v zahraničí, kde vkládají na dekurs dokumentace ženy s perinatální ztrátou samolepku, která včas upozorní na tuto skutečnost a umožní též snadněji se orientovat v dokumentaci pacientky. Toto označení se osvědčuje i v těhotenství ženy, které následuje po perinatální ztrátě a je tím na první pohled zřejmé, že k této události u ženy došlo. Doporučuje se též označit dveře pokoje, kde žena rodí mrtvé dítě, například květinou nebo obrázkem. To upozorní personál oddělení, že se v místnosti nachází truchlící rodiče a mělo by to zabránit zbytečným zraňujícím poznámkám nebo otázkám (Rastislavová, 2014).

2.3.2 Sekundární traumatizace zdravotnického personálu

V našem zdravotnictví je často zapomínáno na samotnou podporu zdravotníků v této oblasti. Zdravotníci bývají nedostatečně vzděláni v problematice provázení rodičů procházejících ztrátou. Často nejsou schopni reflexe svých vlastních, mnohdy i negativních pocitů a psychické zátěže spojené s vystavením se této situaci. Závěry studií, které popisují vzorce chování zdravotníků, které byly opakovaně pozorovány dle Rastislavové (2008) jsou:

- velmi rychlé vyřízení potratu či porodu mrtvého plodu a následná strategie zmizení dítěte ve smyslu „zapomeňte na to, nic se neodehrálo“
- racionalizace a bagatelizace zármutku s důrazem na další těhotenství, kdy bude dítě určitě zdravé
- omezení lékařského rozhovoru na medicínské souvislosti (Rastislavová, 2008, Lucká, 2002, in Borůvková, 2012, s. 16)

V případě porodu mrtvého dítěte potřebují rodiče přístup, který by je podpořil v kontaktu s dítětem a dodal jim odvahu. Potřebují podpořit v přístupu, který by nebránil zdravému průběhu procesu truchlení.

3. Reakce na ztrátu

Ztrátu obecně lze definovat jako: „*Náročnou životní situaci, která je charakterizována dlouhodobým, ale především ireverzibilním odloučením od signifikantního objektu.*“ (Špatenková, 2013, s. 56) Typickou reakcí na ztrátu je smutek, zármutek, truchlení.

Ztráta dítěte patří k životní události, kdy je míra zátěže opravdu veliká, jsme vystaveni stresu a jsme nuceni čelit nové výzvě. Ztráta, ve které je otřesena naše identita, bývá hlavním spouštěčem krize (Kastová, 2000). V následující části práce se tedy pokusím vymezit a charakterizovat pojem krize a její dopady. Porozumíme-li tomu, jak krizi lidé prožívají v tělesné, emoční, kognitivní i spirituální rovině, pak snad lépe pochopíme prožívání člověka, který prochází ztrátou dítěte. Zaměřím se také na problematiku a specifika procesu truchlení s důrazem na perinatální ztrátu.

3.1 Krize

Obtížné a náročné situace provázejí od nepaměti náš život. Jsou to situace, které vnímáme jako zatěžující a zlomové a málokdy si uvědomujeme i jejich pozitivní potenciál. To se nám může podařit tehdy, pokud jsme schopni krizi vidět jako životní situaci, v níž se odehrává něco pro nás významného a nabízí nám možnost zásadní proměny. Záleží na nás, jak dokážeme s krizí navázat 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).

Honzák krizi hodnotí jako „*Stav nebo situaci (s jasným časovým omezením), kdy naše prostředky a možnosti nedostačují nastoleným*

požadavkům, věci se obracejí nepředpokládaným směrem a náš plánovaný postup se dostává do závažného ohrožení.“ (Honzák a Novotná, 1994, s. 12)

Vodáčková definuje krizi jako „*Subjektivně ohrožující situaci s velkým dynamickým nábojem a potenciálem změny.*“ (Vodáčková, 2007, s. 28)

Etimologicky výraz krize pochází z řeckého výrazu „krinein“, což je vybrat, oddělit, volit a dále „krisis“, což znamená rozhodnutí, rozuzlení, soud. „*Mimo jiné znamená také „závod“ a „zápas“, ve kterém mezi sebou bojují jednotlivé elementy o to, aby se prosadily*“ (Lepář, 1892, s. 631). V tomto kontextu lze krizovou událost vnímat jako rozhodující chvíli obratu, kdy může dojít ke změně. Tuto pozitivní možnost zátěžové situace je velmi obtížné vnímat v případě ztráty dítěte a vyžaduje určitou zralost člověka, kterého se dotýká. Důležitým faktorem krize je její subjektivita, protože její intenzita i prožívání je zaznamenána pouze jedincem, který se v krizi ocitá. (Vymětal, 2003).

Fáze krizového stavu dle Caplana (Vodáčková, 2002) jsou:

- **ohrožení**, v jehož důsledku se objevuje úzkost, napětí. Dochází k aktivaci naučených mechanismů a vyrovnávacích strategií vycházejících z životní zkušenosti daného člověka. Probíhá krátce, téměř nepozorovaně a v horizontu několika minut či hodin nastupuje fáze druhá.
- **zranitelnost a nedostatek kontroly** jako důsledek zmatku a neúčinnosti vyrovnávacích strategií. Objevuje se ochromení i snaha vyrovnat se se situací náhodnými pokusy. V této fázi může jedinec setrvávat několik hodin až dnů a neobjevuje-li se řešení, vstupuje do další fáze.
- **snaha o předefinování krize**, kdy je člověk schopen konfrontovat se se svými pocity, připouští i selhání a nemožnost krizi vyřešit. Uvědomuje si zvýšené napětí, úzkost a nepohodu. V této fázi jsou lidé přístupni odborné pomoci a často ji vyhledají.

- **závažná psychologická dezorientovanost.** V této fázi je viditelné, že krize vyúsťuje negativně. Viditelně se prohlubují emocionální i myšlenkové projevy i projevy chování, jako panické stavy a úzkostné reakce. V této fázi je nezbytná odborná pomoc, jedinec si není schopen pomoci sám. (Vodáčková, 2002)

3.1.1 Ztráta jako krize

Neočekávanou ztrátu dítěte můžeme zařadit do kategorie krizí, které jsou provázeny silnými vnějšími stresory, které člověk neočekává a nad nimiž nemá žádnou kontrolu. Často má takováto událost i ochromující účinek (Vodáčková, 2002) Čepický uvádí, že první fáze šoku, pocitu necitlivosti a nevíry trvá od několika hodin až po dobu dvou týdnů (Čepický, 1999). Člověk se cítí vykořeněn, přestává rozumět světu kolem sebe, neví jak má sám sebe v tomto okamžiku prožívat. Zažívá smutek a žal, který se manifestuje procesem truchlení. V rámci tohoto truchlícího procesu se rodiče odpoutávají od dítěte, které ztratili. Je to proces, který v základních rysech probíhá v obdobné formě u všech lidí procházejících ztrátou. Podaří-li se tímto procesem dobře projít, otevírá se zde šance k lepšímu sebeporozumění, k hlubšímu kontaktu s vlastními emocemi, k větší schopnosti zvládat a překonávat krize (Kastová, 2000).

„Zármutek je zdravá odezva na ztrátu. Nepřirozené a nezdravé je naopak to, pokud se zármutek vůbec nedostaví nebo je potlačován“.
(Ludáčková, 2013, s. 14)

Projevy smutku se manifestují ve čtyřech rovinách tělesných projevů. Jeho projevy na **emocionální** úrovni jsou: zármutek, žal a smutek, pocity viny, úzkost, strach, pocity bezmocnosti a beznaděje, apod. Na **kognitivní** úrovni jedinec reaguje zmatkem, dezorientací, nedůvěrou, obsedantním chováním soustředěným vzpomínkami na ztracený objekt, poruchami koncentrace, pozornosti a další. Na úrovni **chování a jednání** můžeme pozorovat pláč, hyperaktivitu, denní snění, únikové reakce jako únik do nemoci nebo

i suicidální tendence, náboženské zanícení, poruchy spánku, apod. Projevy na **tělesné** úrovni jako problémy s dýcháním, únava a svalová slabost, senzorická přecitlivělost, nespavost a jakýkoli tělesný dyskomfort, smutek provází velmi často. Na rozdíl od projevů psychické úrovně, o těchto projevech lidé častěji bez problémů hovoří a také je velmi intenzivně pociťují (Špatenková, 2004).

Ženy, zažívající ztrátu dítěte, mohou jako prvotní reakci pociťovat i stav psychického ohrožení, projevující se nezvladatelnou úzkostí, neúnosnými pocity viny, výčitkami svědomí, studem, zkreslením či omezením vnímání skutečnosti (Vodáčková, 2002).

3.2 Reakce na krizi

Ženy po perinatální ztrátě reagují rozdílně, záleží na jejich individuální životní zkušenosti, na osobnostní výbavě, temperamentu i na podpoře okolí.

3.2.1 Přirozené mechanismy

Z přirozených mechanismů, které chrání ženu před fyzickou a psychickou bolestí jmenujme regresi, disociaci a skotomizaci (Vodáčková, 2002). Regresivní reakce na zátěžovou situaci znamená návrat k osvědčeným starým vzorcům chování. Jde o pohyb zpět k úrovním uspokojování potřeb a přání, které aktuálně nevyvolávají úzkost. *„Novější vrstvy já jsou pak dočasně setřeny a dostupnější je chování z ranějších ontogenetických fází existence člověka.“* (Vodáčková, 2002, s.47)

Disociace se projevuje jako ochranný proces, ve kterém se pod tlakem těžkých prožitků od sebe oddělí dva psychické procesy a probíhají nepropojeně (Vodáčková, 2002). Žena se po traumatické události podvědomě odpojí od myšlenek, vzpomínek, emocí, uvědomění si vlastního já i od okolností události a vyústí to až v mezeru v jejích vzpomínkách. Tím minimalizuje dopad této události a separuje se od traumatického zážitku. Nejobvyklejší typ disociace je amnézie různého stupně a také poruchy tělesného vnímání. Žena tak může

působením stresu a v prožívání úzkosti znečitlivět a mít problém s vnímáním vlastního těla (Bowlby, 2013).

V důsledku silných prožitků, které lze obtížně integrovat dochází ke skotomizaci, k omezenému vnímání určitých částí percipovaného pole. Jedinec si pak nemůže vzpomenout na danou událost, vzpomínky jsou zkreslené, kusé nebo nedostupné (Vodáčková, 2002).

3.2.2 Copingové strategie

Na rozdíl od obranných mechanismů, které jsou nevědomé, zvládací (copingové) strategie realitu respektují. *„Jejich cílem je regulace vnitřních či vnějších tlaků pramenících z interakce jedince s prostředím“* (Špatenková, 2008, s.57).

Každý z nás má určité množství copingových (vyrovnávacích) strategií, se kterými máme zkušenost a které nám pomáhají zvládat náročné životní situace. Patří sem schopnost orientovat se ve svých pocitech a respektovat pocity druhých, být v kontaktu se sebou, schopnost ulevit si pláčem, hněvem, sportem, hudbou, sdílením. Důležitý je dobrý kontakt s vlastním tělem a uvědomění si vlastních potřeb. Také sdílení s druhými v rámci mezilidských vztahů a schopnost sdělování vlastních pocitů.

Nečekaná krizová situace nás konfrontuje s limity toho, co ještě můžeme unést, a nutí nás vymezit se vůči neznámé situaci. Také vědomí vlastních hranic a ohled na své vlastní potřeby nám může být v krizi užitečné. Negativní dopad zátěže též snižuje naše schopnosti orientovat se v situaci, potřebujeme tedy dostatek informací k dané situaci. Důležité jsou i vlastní zkušenosti se zvládáním obdobných zátěžových situací, nebo i sdílené zkušenosti lidí v našem okolí. Podporující vliv může mít i komunita, ve které se jedinec nachází. Náročnými situacemi člověku pomáhají projít společenské rituály (pohřeb, svatba), které umožňují snazší přechod do další etapy.

Podporou v těžké situaci je též víra a naděje, které mohou pomoci nacházet smysl prožívaných těžkostí (Vodáčková, 2002).

3.2.3 Akutní reakce na stres

V souvislosti s mimořádným podnětem, jako je úmrtí dítěte, se i u osob bez psychické poruchy mohou objevit specifické symptomy přechodného charakteru. Riziko rozvoje poruchy je větší, trpí-li osoba fyzickým vyčerpáním, jako je stav po porodu.

Můžeme se setkat se dvěma typy akutních reakcí, které mohou trvat několik hodin až několik dní a mohou se měnit a střídát. Obranná **aktivní reakce typu A** slouží k rychlé mobilizaci sil. Projevuje se svalovým napětím, zrudnutím v obličeji, silným pocením a pocitý horka, zrychlením fyziologických projevů, výraznou mimikou, psychomotorickým neklidem, narušenou koordinací, výraznými i paradoxními emocemi, třesem, nesoustředěností, zhoršenou schopností komunikace, agresivními projevy.

Méně častá **pasivní reakce typu B**, tzv. „mrtvý brouk“. Typické reakce v tomto případě jsou ztuhlost, strnulost, nemotorný pohyb, zblednutí, ledové končetiny, zpomalení fyziologických procesů, studený pot, pocitý zimy, snížení percepce těla, minimální mimika, neprojevení emocí, subjektivní prožívání času jako nekonečně dlouhého, neschopnost očního kontaktu, snížená schopnost porozumět verbálním sdělením (Lucká, 2002).

Pro dobrý a respektující přístup všech pomáhajících pracovníků v situaci krize je nutné porozumět chování a prožívání jedince zasaženého krizí. Tyto výše uvedené symptomy se mohou objevit i u rodičů po perinatální ztrátě. Někdy se může objevit i disociační reakce, kdy žena či její partner mohou působit, jakoby jim situace byla lhostejná, nemusí komunikovat, neprojevují emoce, všemu se bez dotazů podřizují. Ze strany poskytovatelů péče je dobré pochopení všech těchto reakcí a přizpůsobení se potřebám rodičů, kterým dítě zemřelo.

3.2.4 Posttraumatická stresová porucha (PTSD)

V souvislosti se ztrátou dítěte se může u žen objevit úzkostný stav, který přetrvává od několika týdnů až do několika měsíců. Demonstruje se specifickými symptomy, které nazýváme posttraumatická stresová reakce a které se mohou objevit hned po stresující události, většinou však s časovým odstupem. Její příznaky jsou:

Znovuprožívání traumatického zážitku v dotírajících vzpomínkách souvisejících s událostí, ve snech, v silné úzkosti v kontaktu s okolnostmi připomínajícími trauma, v náhlých připomínkách si a znovuprožívání pocitů i projevů, které událost provázely (flashbacky).

Vyhýbání se místu, myšlenkám, pocitům spojeným s traumatem. Otupělost, amnézie, pocit oddělenosti od ostatních lidí, ztráta zájmu o činnosti dříve oblíbené, ztráta pozitivních emocí.

Zvýšená tělesná i psychická vzrušivost projevující se neklidem, nesoustředěností, potížemi se spánkem, zvýšenou podrážděností, hněvem, nastražeností, zesílenými úlekovými reakcemi, izolací od okolí (Vodáčková, 2002).

Součástí výše uvedených symptomů jsou i tělesné obtíže a bolesti. Tyto somatické projevy jsou: potíže s dechem, alergie, opary, opakované záněty, bolesti za sternem, bolesti hlavy, sinusitidy, bolesti kosterního svalstva (hlavně nohou a zad), obtíže v zažívání, gynekologické obtíže, aj. (Lucká, 2002)

„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, vyhýbavým 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
(Rastislavová, 2008, s.42).

Rozdíl mezi posttraumatickou stresovou poruchou a truchlením je v tom, že truchlící matka si chce pamatovat, vzpomínat na své zesnulé dítě a chce na něj být dotazována. Oběť traumatu s PTSD zpravidla nechce vzpomínat ani si pamatovat a vyhýbá se hovorům o své zkušenosti. Nejráději by všechno zapomněla, vymazala tento zážitek ze své paměti a ze svého života (Špatenková, 2006).

4. Truchlení a jeho projevy

Truchlení a zármutek jsou přirozeným stavem, který následuje po ztrátě někoho či něčeho, co pro jedince mělo vysokou hodnotu. (Vymětal, 2003, s.245).

Truchlení je vnější vyjádření žalu, je to jakákoli akce, která nám pomáhá přizpůsobit se ztrátě a je ovlivňováno kulturou, ve které jsme vyrostli a ve které žijeme. (Moody, Arcangelová, 2005).

Truchlení je přirozený proces, který zahrnuje emocionální, fyzickou, sociální, spirituální a intelektuální odpověď na ztrátu milované osoby, kterou je v případě perinatální ztráty novorozené dítě, na které se rodiče těšili a k němuž si během těhotenství budovali vztah. Dítě představuje část identity rodiče, takže jeho ztráta může pro partnery znamenat i ztrátu naděje do budoucnosti. Mrtvé dítě je často někým, kdo bude stále postrádán a jehož ztráta bude trvat navzdory dalším dětem, které se rodičům v budoucnu narodí (Rastislavová, 2008).

Truchlení je tedy přirozená reakce, kterou potřebujeme, abychom se dokázali s novou situací vyrovnat a jeho podstatou je smíření a přijetí. Smyslem truchlení je znovu vytvořit původní svět a původní strukturu vztahů, kterou prožitek smrti rozložil (Kastová, 2015).

Součástí truchlení je akutní žal, který se projevuje symptomy jako akutní reakce na stres jako je smutek, nervozita, úzkost, hněv, podráždění, nechutenství, nespavost, zvýšená dráždivost, nesoustředěnost, nutkavé myšlenky. Tento žal trvá týdny až měsíce, jeho intenzita, délka i způsoby vyjádření smutku jsou individuálně rozdílné.

Truchlením jako procesem se zabývalo více osobností, v následujících podkapitolách představím několik pohledů na tento proces.

4.1.1 Fáze truchlení dle Kübler-Rossové

Tato americká lékařka jako první otevřela dveře do oblasti thanatologie. Celý svůj život se věnovala výzkumu procesu umírání a popsala jednotlivé fáze, kterými nemocný prochází od chvíle, kdy je mu sdělena osudová diagnóza. Tyto fáze aplikuje sama později též na prožívání blízkých lidí pacienta a na jejich proces vyrovnávání se se ztrátou.

1. fáze: Negace, šok, popření a izolace. Prudká náhlá reakce na zjištění choroby. Jedinec nemůže uvěřit, není schopen přijímat informace, domnívá se často, že se jedná o omyl. Po šoku následuje popření nemoci, k selekci přijímaných informací. („Ne, to není možné, to musí být omyl...“).

2. fáze: Agrese, hněv, vzpoura, zlost. V této fázi se objevují silné, těžce ovladatelné emoce. V popředí je zlost, hněv, zmatek i pocity viny. („Proč se to stalo zrovna nám? Čí je to vina?“)

3. fáze: Smlouvání, vyjednávání. Období, ve kterém člověk smlouvá o čas, přehodnocuje postoje, přemýšlí jak vyplnit zbývající čas a co by chtěl ještě stihnout. („Vraťte mi ho, udělejte ještě něco...“).

4. fáze: Smutek, deprese. Dochází k plné konfrontaci s faktem smrti. Objevuje se hluboký smutek nad ztrátou budoucnosti. Toto období bývá spojeno se strachem o rodinu, o blízké vztahy.

5. fáze: Akceptace, smíření, souhlas nebo rezignace. Pokorné přijetí role umírajícího. Může dojít ke stavu vnitřní vyrovnanosti a k míru, nebo naopak se může dostavit rezignace a beznaděj. (Kübler Ross, 1994).

Těmito fázemi člověk neprochází postupně, ale navzájem se prolínají a jsou velmi variabilní. Později byla Rossová kritizována, že tento model zvládání žalu je pasivní, založený hlavně na emocích a nebere tolik v potaz aktivní přístup člověka (Moody, Arcangelová, 2005).

4.1.2 Fáze truchlení dle Vereny Kastové

Švýcarská profesorka psychologie, Verena Kastová, je představitelkou psychoanalytického přístupu a klíčové je pro ni navázání empatického vztahu s klientem. Dle Kastové je právě vztah nejdůležitějším faktorem psychoterapie. Při práci s člověkem v krizi doporučuje postup zaměřený na obranu, to znamená pracovat na posílení mechanismů zvládnání a pracuje i se sny truchlících klientů.

Fáze truchlení popisuje takto:

- 1. fáze: Popření** „To přece nemůže být pravda“. Člověk ztrácí schopnost vnímat, pociťovat, prožívat a může být strnulý.
- 2. fáze: Propukání chaotických emocí.** Objevuje se psychomotorický neklid, bolest, úzkost, strach, hněv, pocit viny nebo hledání viníka. Potřebné je tento emoční chaos vydržet a vyjádřit.
- 3. fáze: Hledání, nacházení, odpoutávání.** Člověk se snaží nalézt zesnulého ve fantaziích, ve snech, na fotkách, ve vyprávěních. Přes reflektování původního vztahu si vytváří nový, jinak kvalitní vztah k zemřelému. Skrze prozkoumávání vztahu k zemřelému stahuje své vlastní projekce vztahu a dovoluje si na zemřelého i kriticky nahlédnout. Dochází ke smíření.
- 4. fáze: Nový vztah k sobě i ke světu.** Ztráta je akceptována. Je možné zanechat bolest a začít navazovat nové vztahy. Na ztraceného jedince vzpomíná, připouští si problémy i šťastné chvíle. Nové vztahy jsou prožívány v opatrnosti mezi touhou začít znovu a strachem z nového možného procesu truchlení kdyby došlo opět ke ztrátě.

Problémy, které mohou nastat během těchto fází, jsou v první fázi popření když člověk žije dál, jakoby se nic nestalo nebo se naopak snaží

zármutku maximálně vyhýbat. V další fázi chaotických emocí může nastat problém, když jedinec pocity chaosu potlačí a na jejich místo dosadí hněv a pocity viny. Ve třetí fázi hledání a odpoutávání se může stát problémem, když se hledání sebe sama stává tak intenzivním, že se člověk vyhýbá nutnosti odpoutat se od zemřelého. V této fázi se též může stát, že ztráta není akceptována nebo když na místo zemřelého nastupuje jen bolest. V poslední fázi nového vztahu k sobě a ke světu se může opomenout „komplex opouštění“. (Kastová, 2015)

4.1.3 Úkoly v procesu truchlení dle Wordena

Tento americký psycholog působí v rámci své praxe v oblasti psychologie zdraví a jeho terapeutické metody vycházejí z Gestalt psychoterapeutického přístupu. Jeho model truchlení je aktivně zaměřený na vytváření určitých kroků k přestavbě života po ztrátě. Worden zdůrazňuje individualitu každého truchlícího procesu a rozlišuje dva pojmy: *Grief*, zármutek, který vyjadřuje pocity jedince po ztrátě a *mourning*, proces následující po ztrátě. Přináší aktivní koncept truchlení vyžadující splnění následujících čtyř úkolů:

- 1. úkol: Přijmout realitu ztráty.** Akceptace trvalosti a nezvratnosti smrti. Čelit realitě ztráty, přijmout fakt, že zemřelý se již nevrátí. Protikladem tohoto úkolu je popření reality, které se může projevit mumifikací, zakonzervováním (například dětského pokoje jako kdyby se zemřelý mohl ještě vrátit). Dalším příkladem popření je i popírání emocionální významnosti ztráty („Stejně by to dítě nepřežilo, bylo by postižené...“). Tento úkol vyžaduje plné přijetí reality na rozumové i emocionální úrovni. Racionální přijetí netrvá obvykle tak dlouho jako to emocionální. K plnému uvědomění ztráty mohou dopomoci rituály jako je pohřeb a také možnost vidět mrtvé tělo.

2. úkol: Zpracování citové bolesti zármutku. Tato bolest zármutku je fyzická, emocionální i behaviorální a může se různě projevat. Určitá míra bolesti do prožívání této situace patří a není možné se jí vyhnout. Jakákoli aktivita, která zabraňuje či potlačuje prožívání bolesti, ve skutečnosti prodlužuje proces truchlení. Někdy jedinec v této fázi může narážet na postoj okolí k nepřijetí jeho pocitů. Věty jako: „*Jsi mladá, budeš ještě mít plno dětí...*“ mohou u truchlícího podpořit mechanismus popření a nepomáhají mu. Člověk sám se někdy může snažit bolesti utéci, či se jí jinak vyhnout, například cestováním nebo i abúzem alkoholu či návykových látek. Worden vyjadřuje zkušenost, že u pozůstalých, kteří se bolesti vyhýbají, je později častější výskyt depresivních stavů. Emocím je třeba dát průchod, prožít je a nebránit se jim.

3. úkol: Přizpůsobit se okolnímu světu bez zemřelého. Worden popisuje tři oblasti přizpůsobení – vnější, vnitřní a spirituální.

Vnější přizpůsobení se objevuje 3-4 měsíce po ztrátě. Pozůstalý se dívá na to kde, a jak zemřelý chybí a přebírá jeho role, práce a úkoly. **Vnitřní** přizpůsobení přináší výzvu k tomu upravit svůj sebeobraz. Buduje-li si člověk svoji identitu skrze vztahy, může pak ztrátu blízkého člověka vnímat jako ztrátu části sebe sama. **Spirituální** přizpůsobení. Ztráta blízké osoby může otrást a zpochybnit základní životní hodnoty pozůstalého. Po smrti blízkého člověka bývají dle Wordena často otřeseny tři základní předpoklady o světě: „Svět je klidné místo“, „svět dává smysl“ a „já mám pro svět hodnotu“. Jedná-li se o nečekanou smrt dítěte, pak jsou pozůstalí vystaveni výzvám, jak vnímat smysl a pojetí světa.

4. úkol: Nalézt trvalé spojení se zesnulým v novém životě. Tento poslední úkol nebývá lehké naplnit, ale je velmi důležitý. Jde v něm o to, najít způsob, jak zůstat spojen se zesnulým a zároveň pokračovat v novém životě a jít dál, kupředu. Je zde důležité

uchovat vzpomínky na zemřelého blízkého a přitom žít dál, uznat a integrovat svou minulost a vykročit vpřed. Dle Wordenových výzkumů zvláště v případech, kdy zemře rodič či dítě, potřebuje pozůstalý nějakou formu spojení se zesnulým, potřebuje najít způsob, jak si zemřelého pamatovat (Worden, 2009).

Tento aktivní koncept úkolů přináší pozůstalým naději i jejich možnost proces ovlivnit. Jednotlivé úkoly, kterými pozůstalý prochází, nejsou fixní a jejich pořadí se může měnit. Existují zde určité **faktory**, které dle autora ovlivňují proces truchlení.

Zde je jejich přehled:

- a) co zemřelý znamenal, kým byl pro pozůstalého.
- b) povaha společné vazby. Jaká byla vzájemná síla vztahu, láska, jaké panovalo ve vztahu bezpečí, byly-li zde nějaké konflikty, byl to vztah závislý.
- c) způsob smrti a okolnosti smrti. Náhlost, neočekávanost, nejasná smrt, vícečetná ztráta mohou komplikovat proces truchlení a přinášet pocity viny a může se objevit i PTSD.
- d) předchozí zkušenost. Záleží, jestli má pozůstalý již nějakou zkušenost se ztrátou a jak se mu ji podařilo zvládnout. Na proces truchlení mají vliv i nevyřešená či tabuizovaná témata v rámci rodiny, související se ztrátou a také psychické onemocnění v anamnéze pozůstalého.
- e) osobnostní proměnné jako věk, pohlaví mají vliv na průběh truchlení. Rozdílnost v přístupu mužů a žen k dané problematice a též to, že jim pomáhají různé typy intervencí. Záleží i na copingových strategiích, které pozůstalý používá i na hodnotách a postojích jeho osobnosti a síle ega.
- f) sociální proměnné. Důležitá potřeba pozůstalého je sdílet zármutek s blízkými. Pomocí v procesu truchlení je vhodná emoční a sociální

podpora. Důležité je ale subjektivní vnímání truchlícího, protože to, co pomáhá, se může velmi lišit. Pomocí můžou být sociální role, do kterých je pozůstalý zapojen, společenské a náboženské zvyklosti a také rituály, které pomáhají provázet procesem truchlení.

- g) souběžný stres. Ztrátu můžou provázet doprovodné změny a krize jako např. finanční komplikace, ovdovění, apod.

Worden upozorňuje na to, že proces truchlení musíme vnímat v celé jeho šíři. Konec tohoto procesu nastává ve chvíli, kdy jsou zakončeny všechny úkoly, což má velmi rozdílné trvání. Jednalo-li se o blízký vztah, proces trvá dle autora 1-2 roky, jsou ale i lidé, kteří tento proces nikdy nedokončí. Signál ukončení procesu truchlení signalizuje fakt, že myšlenky na zemřelého již nejsou provázeny bolestí. Jistě se zde stále ještě objevuje smutek, ne však již ochromující bolest a tíže na prsou. Proces truchlení může být též komplikován některými okolnostmi, jako když se o ztrátě nemluví, protože je to společensky nevhodné či nepřijatelné, pokud se okolí tváří, že se nic nestalo, nebo není-li možné osobně sdílet truchlení s ostatními pozůstalými. (Worden, 2009)

4.1.4 Překonávání ztráty podle Moodyho a Arcangelové

Raymond Moody, americký psychiatr, se dlouhodobě věnuje výzkumu fenoménu blízkosti smrti. Je znám především tím, že sleduje prožitky lidí, kteří sami prošli zážitkem klinické smrti, a tyto zkušenosti vědecky mapuje a zpracovává. Problematice truchlení se věnuje v knize *Život po ztrátě*, kterou napsal spolu s Diane Arcangelovou. V knize popisují bohaté zkušenosti a prožitky mnoha lidí, kteří aktuálně prožili ztrátu někoho blízkého. Zaměřují se i na spirituální aspekt, který může vést k transcendenci truchlícího. Na období truchlení se autoři dívají jako na příležitost, kdy může dojít k obnovení, či přerodu života pozůstalého. Používají takzvanou křivku žalu. Na počátku truchlení, bezprostředně po ztrátě, se křivka žalu propadá do tzv. údolí žalu a osobnost truchlícího se posouvá. Čím větší je průchod pocitů a emocí truchlícího, tím větší hloubky údolí dostává. Z údolí žalu se křivka začíná opět

zvedat, některé názory a představy truchlícího se mění a následuje období stabilizace osobnosti. Přejít je ukončen, uzavřen (tak jako hojící se rána v lékařství), život je přebudován a je na podobné úrovni, jako byl před ztrátou. Doba tohoto procesu trvá dle autorů 4-6 let. U některých pozůstalých může po čase dojít k přerodu, k duchovnímu znovuzrození. To se může stát po zkušenosti sestupu do nejhlubšího údolí žalu, což ne každý pozůstalý učiní. Ti, kterým se to podaří a překonají hlubiny své bolesti, nacházejí nový a kvalitnější stav bytí. Jsou silnější, laskavější, soucitnější, vděčnější, jejich život nabývá nové kvality. (Moody, Arcangelová, 2005)

4.1.5 Fáze psychických reakcí na perinatální ztrátu dle Čepického

Pavel Čepický je český porodník, gynekolog a také psycholog. Zabývá se jako jeden z mála v České republice psychosomatickým onemocněním žen v gynekologii a porodnictví. Reakci žen na perinatální ztrátu člení takto:

- 1. Fáze šoku**, pocit nevíry že se událost přihodila, pocit necitlivosti emocí. Trvá od několika hodin až po dobu dvou týdnů.
- 2. Akutní, bolestivý zármutek**, který je provázen epizodami touhy, hněvu, distrese, přítomností halucinatorních myšlenek na dítě, které jsou provázeny zoufalstvím a pláčem. Asi u 3/5 žen je patrný hněv, pocit podvedení a nespravedlnosti. Obviňují sebe, manžela, Boha, osud i okolí.
- 3. Návrat k obvyklým aktivitám.** Je zde patrné narušení normálního života. Ženy cítí smutek, lhostejnost, mají pocit bezcitnosti, sníženou sebeúctu a sociálně se izolují.
- 4. Přijetí smrti dítěte.** Rodinné vztahy se stabilizují, rodiče plánují budoucnost, smutek se vrací jen v souvislosti se zvláštními událostmi, které se vztahují k porodu.

Po perinatálním úmrtí Čepický upozorňuje na specifický pocit viny ženy po ztrátě dítěte. Zvláště v případech, zůstal-li důvod úmrtí nejasný nebo neznámý. Některé ženy tak mají sklon dosadit si za příčinu úmrtí nějakou

konkrétní událost (např. pohlavní styk), jiné se obviňují za negativní myšlenky týkající se těhotenství. (Čepický, 1999).

4.1.6 Specifika procesu truchlení dle Davisové

Deborah Davisová, americká psycholožka, se zaměřuje ve svém výzkumu na podporu rodičů v krizi v případě úmrtí dítěte. Zabývá se tématy jako je lékařská etika, perinatální péče a také tématem nového přístupu k těhotným ženám, jejichž dítě má diagnózu neslučitelnou se životem.

Ve své knize *Empty cradle, broken heart*, popisuje Davisová myšlenky a emoce, které doprovázejí rodiče po ztrátě dítěte. Pozůstalí rodiče musí dle autorky nutně projít procesem truchlení, nehledě na to, bylo-li těhotenství chtěné či nechtěné, narodilo-li se dítě již mrtvé, či jakkoli dlouho po porodu ještě žilo. Davisová vyzdvihuje důležitost informací pro pozůstalé rodiče, aby věděli, co mohou očekávat a také aby se dozvěděli, jak tuto skutečnost prožívali jiní nešťastní rodiče. Zdůrazňuje, že bolest ze ztráty dítěte po narození je opravdu specifická a způsobuje zpochybnění pohledu na sebe, na život, na svět, na víru. Pozůstalí rodiče mohou cítit pocity viny a mohou vnímat i spoluodpovědnost za smrt dítěte. Matky mívají někdy pocit, že selhaly jako ženy, mohou odmítat své tělo a trpět výčitkami. Neexistuje správný či špatný způsob truchlení. Je to individuální proces, ve kterém každý z rodičů truchlí jinak. Davisová doporučuje otevřenou komunikaci mezi partnery, která může pomoci podpořit a pochopit jeden druhého a vzájemně se utěšit. Autorka navrhuje partnerům také sdílení ve svépomocné skupině. V procesu truchlení se všemi jeho symptomy Davisová doporučuje se čas od času zastavit a věnovat svému smutku prostor a čas, neutíkat před ním. Upozorňuje též, že se u pozůstalých mohou objevovat specifické pocity prázdných rukou, bolest v pažích, klamné iluze, že rodiče své dítě viděli či slyšeli. (Davisová, 1996, in Borůvková, 2012)

4.2 Rozdíly v prožívání truchlení u mužů a žen

Proces truchlení probíhá u rodičovského páru většinou rozdílně v projevech, v tempu i v intenzitě. „*Sociologické analýzy v devadesátých letech minulého století potvrdily intersexuální rozdíly v prožívání situace: muži projevovali známky kontroly emocí a zaměření spíše na praktické záležitosti, zatímco ženy expresivně vyjadřovaly své emoce*“. (Rastislavová, 2015, s. 19)

Matky zažívají po ztrátě dítěte směsici negativních pocitů, ve kterých se obtížně orientují. Nejčastěji pociťují lítost z nenaplnění nové role matky, na kterou se připravovaly a těšily. Mohou obviňovat samy sebe i své okolí a hledat viníka či příčinu toho, proč k úmrtí došlo. Pociťují i vztek, že se jim nepodařilo naplnit mateřství, vztek na jiné ženy, kterým se to podařilo. U žen jsou časté i výčitky a obviňování sebe i okolí. Ty se mohou projevovat hlasitým bédováním, pláčem a hořekováním nebo mohou být „tiché“, uschované v jejím nitru. Neojedinělý je i pocit selhání, žena si vyčítá, že dobře nevyplnila svou roli matky, ptá se sama sebe, v čem zklamala. Často má pocit, že se nemůže před druhými ukázat, chce se schovat a schoulit sama do sebe. Cítí se velmi sama, zdá se jí, že nikdo neprožil tak těžkou chvíli, jako ona. Nikdo jí nemůže porozumět, pochopit ji, pomoci jí. Její situace se jí zdá bezvýchodná, v srdci cítí beznaděj, už nikdy jí nebude dobře. Žena vnímá po smrti svého dítěte větší zranitelnost. Snadno se rozpláče, je citlivější na slovní komentáře, na pohledy, na dotyky, na chování druhého člověka. Je také vztahovačnější, citlivější na radost a štěstí druhého. Tato zranitelnost může mít i pozitivní dopad k větší otevřenosti vůči člověku, který se k ní citlivě a opatrně přiblíží. Může se také stát, že se žena „zatvrdí“ a řekne si, že už nechce mít další dítě, nechce mít nikdy už kontakt s porodnicí. U některých žen je přirozené, že se schoulí do sebe, do své bolesti, do svých prožitků a chtějí takto zůstat. Ze strany okolí je třeba vnímat, aby toto nebylo moc dlouhé, aby se žena najedla, napila, dokázala spát a později i vnímat realitu (Špaňhelová, 2015).

Muž již před porodem prochází obdobím nejistoty a pochyb, jak bude novou otcovskou roli zvládat a najednou vše končí smrtí dítěte. Otec dítěte vnímá, že by měl být ženě oporou a snaží se o to, potlačuje své emoce, nedává je najevo. Emoce jsou však v něm přítomny. Stává se, že je vnímán jako ten, kdo pomáhá ženě, lékaři se na něj často obrací jako na prostředníka při sdělování informací (Špaňhelová, 2015). „*Starší studie upozorňují, že role mužů v této situaci je společností vnímána primárně jako podpora partnerky a očekává se, že zůstanou silní a pevní. Muži nesou „dvojitě břemeno“: vlastní žal a zároveň smutek nad tím, že jejich partnerka tělesně a psychicky trpí*“ (Rastislavová, 2015, s. 51).

Někteří muži se stáhnou do sebe, zdá se, jakoby se „schovávali“ před vším, co se stalo. Je to pravděpodobně jejich způsob, jak dát ztrátě, která je postihla, smysl svým vlastním způsobem. Často se zaměří na organizační záležitosti, domácí povinnosti a pracovní závazky. Zahrnou se tak úkoly, unikají do pracovních povinností a tím potlačí truchlení. Podaří-li se jim porozumět tomuto úhybnému mechanismu, nahlédnou-li sami, že potřebují nějakou odpověď na ztrátu, pak teprve se spojí se svými pocity a dají průchod svým emocím. Je též pozitivně osvědčené, pokud muži mohou sdílet své zkušenosti s jinými muži, kteří prošli podobnou situací. Dochází zde také ke konfliktům rolí, které muži zastávají:

- role silného muže (muži nepláčou, jsou odvážní, apod.)
 - role muže ochránce (pocit selhání, že neochránil rodinu, dítě)
 - role soběstačného muže (nemůže se zhroutit, prokázat slabost, vlastní emoce)
 - role muže zajistitele (finanční zajištění, pracovní výkonnost)
- (Rastislavová, 2008)

Muž po ztrátě dítěte ale zažívá též smutek z toho, že nemá pokračovatele rodu, že vidí svou ženu smutnou a že to nemůže změnit, smutek z nenaplnění otcovské role, na kterou se připravoval. Ve skrytosti prožívá stesk

i pláč, a protože si ho nedovolí ukázat navenek, může se tento stesk u něj násobit a vršit. Zdá se mu, že musí vystupovat jako pevný a silný, že musí vše unést, proto organizuje, podporuje ženu, snaží se být optimistický, ale často sám nemůže. Někdy také muž začne (mnohdy více než ženy) hledat viníka, uvažuje, nebude-li někoho žalovat, jestli nepošle stížnost. Může se projevat i agresivně, takže křičí, je nepřijemný na personál, vyhrožuje stížností, chce mluvit s tím nejvyšším, apod. Všechny tyto pocity u mužů i u žen jsou po smrti dítěte normální. Je třeba, aby oba rodiče vnímali, že je to jejich společný prožitek, je to jejich dítě, které ztratili a tak je to i jejich společný žal a smutek. (Špaňhelová, 2015).

Různost ve vyjadřování emocí mezi partnery může přinášet do jejich vzájemného vztahu napětí. Pokud tedy muž projeví před ženou své emoce, je to vždy přínos pro budoucnost vztahu. Žena mužův projev téměř nikdy nechápe jako projev slabosti či selhání. Oba partneři se tak musí společně naučit způsob, jak své pocity ventilovat, jak je sdílet, jak spolu mluvit, plakat, pracovat. Muži může pomoci uvolnit emoce i fyzická aktivita nebo rozhovor s kamarádem.

Je-li to možné, partneři by neměli být v dlouhé izolovanosti od okolního světa. Měli by využít pomoci okolí a hledat společně vhodnou pomoc. Rodiče potřebují též sdílení s okolní rodinou, i když širší rodina a přátelé často nevědí jak reagovat, co mají říkat, jak se k tomu postavit. Díky tomu se může stát, že mohou svou reakcí nevědomě zlehčovat či znevažovat ztrátu (Špaňhelová, 2015).

Worden zmiňuje, že rodiče, kteří viděli, chovali své dítě a rozloučili se s ním, se rychleji smířili s realitou ztráty a přijali jeho smrt. Doporučuje rituály, které napomáhají celému truchlícímu procesu. Dát dítěti jméno, nechat si na památku otisk nožičky či pramínek vlasů jako znamení toho, že dítě reálně existovalo. Navrhuje též vykonat vzpomínkový rituál, vypravit pohřeb,

formulovat naděje a sny o dítěti viditelně do slov či do nějakého kreativního výtvoru, jako je obraz či hudba. (Worden, 2009, in Navrátil, 2012).

4.3 Komplikace v procesu truchlení

Jak již bylo zmíněno v předchozí kapitole, každý z rodičů může životní zkušenost ztráty dítěte prožívat jinak. Významnou roli zde hraje fáze dětství. Člověk, který během svého dětství prožil bezpečí a lásku svých rodičů, lépe a snáze ve své dospělosti přijímá stresové situace. Takový člověk má prožitek důvěry z minulých let, proto se tolik nebojí, více se sdílí a nezdráhá se přijmout pomoc a podporu od nejbližších. Jinakost v prožívání situace ztráty se projevuje též s ohledem na osobnostní faktory, na aktuální životní situaci, na schopnosti zvládat náročné životní situace, na nevyřešené krize z minulosti a na sociální opoře truchlících (Špaňhelová, 2015).

Proces truchlení probíhá ve vlnách, jako sinusoida a zahrnuje období, kde je lépe a období, kdy je zas hůře. S těmito stavy rodiče obvykle počítají, pokud jsou s procesem truchlení již nějak obeznámeni.

„Patologické truchlení se od normálních reakcí na ztrátu neliší ve své podstatě, ale rozdílnou intenzitou a délkou trvání“ (Špatenková, 2013, s. 37).

Jedním z příznaků patologického zármutku je **prolongované truchlení** (chronické). Je to stav, kdy se zármutek zkomplikoval, trvá příliš dlouho, je pro člověka ohrožující a neumožňuje mu normální fungování. Tento prolongovaný zármutek může nabýt i latentní podoby (Špatenková, 2006).

Truchlící člověk může své emoce potlačit, dochází k **absenci truchlení**. Jedná se o obranný mechanismus, který pozůstalým může pomoci přežít a nezhroutit se. Skrytý zármutek se ale často projeví v podobě poruch tělesného zdraví (Kubíčková, 2001). Po absenci truchlení, které může trvat dny, měsíce, roky se může jako komplikace truchlení objevit **odložená reakce** (též

opožděná, zbrzděná, odsunutá) a jejím spouštěčem může být nová krize či ztráta v životě člověka. (Worden, 2009).

Zmiňuji záměrně tyto tři komplikace v procesu truchlení, protože jak jsem již zmínila v předchozí kapitole, každý z partnerů může truchlit rozdílně a nemusí se v tomto procesu nutně sejít. Některé způsoby truchlení může si žena může interpretovat jako nedostatečné truchlení a může mu to vyčítat. Smrt dítěte má nepochybně dopad na vzájemný partnerský vztah. Některé partnery zkušenost sblíží a mohou svůj žal prožívat společně, jiné naopak toto může rozdělit a vést k vzájemnému obviňování, hněvu, nepochopení a nakonec i k rozpadu vztahu. Rozdílnost truchlení rodičů znemožňuje často porozumění, pochopení a vcítění se do druhého a oni bývají zmateni zjištěním, že truchlí rozdílně. Také se stává, že partneři truchlí střídavě. Prožívá-li jeden z rodičů zvláště těžké chvíle, druhý odsune svůj smutek do pozadí a takto se mohou střídát po dnech nebo i týdnech truchlení (Davisová, 1996, in Borůvková 2015).

Problémy mezi partnery mohou nastat ve chvíli, když neakceptují navzájem své způsoby truchlení, když nutí jeden druhého do stejného způsobu vyjadřování emocí a copingového stylu. V párové terapii je důležité sledovat, jak partneři mohou svou bolest ze ztráty sdílet a zda je toto sdílení dvojsměrné, nebo je „kontejnerem“ vždy jen jeden z partnerů. Nemohou-li bolest sdílet, truchlit společně, nebo mít alespoň pochopení pro partnera, pak nastává odcizení (Titl, 2014). (Kontejnerem se myslí partner, který je schopen přijmout a udržet emoce druhého a utvořit si u sebe pro ně prostor, přestože se liší od jeho prožívání).

Chvála a Trapková upozorňují na to, že může dojít k nerovnováze radost-smutek mezi partnery, pokud jsou rozpojeni. Jsou-li spojeni, pak radost jednoho, potěší i druhého. Pokud jsou ale partneři rozpojeni, může například muž nesnášet smutek ženy nebo se mu vyhýbat a odcházet z domova, aby mu

tolik neškodil, a to vede k polarizaci na veselejšího a smutnějšího člena páru. Důležité je proto v terapii pracovat s celým párem (Chvála, Trapková, 2008).

Proti rozpadu páru můžeme preventivně učinit mnoho i my, zdravotničtí pracovníci a lékaři. Pokud v komunikaci sdělujeme informace celému páru, neoddělujeme pár, neodháníme partnera, ale naopak posilujeme jejich vzájemné sdílení i podporu a informujeme je o rozdílných způsobech truchlení. (Rastislavová, 2015).

5. Změny vyvolané ztrátou dítěte

Smrtí dítěte rodiče zažívají bolest, která nikdy zcela nezmizí, a oni se musí naučit s ní žít. Velmi záleží na kvalitě partnerského vztahu před smrtí dítěte. Někdy tato společně prožitá událost vede ke zhoršení, jindy k utužení vztahu mezi partnery (McLarenová in Firthová, Luffová, Oliviere, 2007).

Po prostudování literatury (Kubíčková, Špaňhelová, McLarenová, Worden, Špatenková) jsem došla k závěru, že vztah partnerů po perinatální ztrátě čelí problémům zejména v těchto oblastech:

- rozdílné prožívání ztráty, odlišnosti ve způsobu truchlení (viz předchozí kapitola)
- smysl smrti dítěte Rodiče mají často potřebu najít vysvětlení a porozumět tomu, proč ke smrti jejich dítěte došlo a proč se to stalo zrovna jim. Někteří hledají odpovědi ve víře, ve filozofických vysvětleních. Problémy potom mohou mezi partnery vyvstávat, pokud jeden z nich je k víře skeptický a je tedy nemožné společný smysl spolu takto hledat a sdílet.
- praktické otázky vztahující se k mrtvému dítěti. Konflikty mezi partnery mohou nastat při řešení praktických otázek jako jestli se s mrtvým miminkem rozloučit, jestli uspořádat pohřeb, jakým způsobem si zemřelé dítě připomínat.
- hodnotový žebříček. Rodiče po smrti dítěte přehodnocují priority, mohou prožívat změnu hodnot. Změna může být do vztahu vnesena odlišným vnímáním toho, co dříve v rodině vyvolávalo zdroj stresu (McLarenová in Firthová, Luffová, Oliviere. 2007).
- sexuální život. Mezi partnery se mohou objevit neshody v oblasti sexuálního života. Intenzivní prožívání smutku může u někoho vést k sexuální abstinenci, někdo naopak hledá útěchu v sexuálním kontaktu (Worden, 2009). Problémy mohou nastat i ve shodě o dalším těhotenství.

- ztráta rodičovské role. Oba rodiče, kteří se měsíce, po které těhotenství trvalo, sžívali s rodičovskou rolí, ji najednou ztrácejí. Zvláště je otřesena identita ženy, která dítě nosila pod srdcem, v bolestech porodila a nakonec ztratí dítě a tím i roli matky (Špatenková, 2013).
- sociální kontakty. Někteří rodiče v rámci procesu truchlení rezignují na sociální kontakty a vyhýbají se jim. Někdy i přátelé a rodina neví, jak na situaci reagovat, proto se kontaktu může vyhýbat.
- únikové reakce. Například užívání alkoholu, drog či únik do nemoci nebo denního snění nebo i hyperaktivita. Nebezpečí těchto únikových reakcí je jejich patologická forma, do které mohou přerůst (Kubíčková, 2001).

PRAKTICKÁ ČÁST

6. Úvod do problému

Cílem této bakalářské práce je prozkoumat dopad perinatální ztráty na partnerský vztah. V teoretické části práce jsem představila pomocí odborné literatury teorii, vztahující se k tomuto tématu a přiblížila hlavní problematiku, se kterou se rodiče po perinatální ztrátě potýkají.

V praktické části bakalářské práce popíši cíl výzkumu a použitou metodu výzkumu. Představím výzkumný soubor, techniku sběru dat a popíši způsob zkoumání a zjišťování. V závěru kapitoly vysvětlím postup zpracování dat a následně v diskusi uvedu zjištění, ke kterým jsem došla při hledání odpovědi na výzkumnou otázku.

6.1 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu je zodpovězení výzkumné otázky, která zní: **Jaký dopad má perinatální ztráta na partnerský vztah.** Dále zjistit, jak konkrétně a jestli vůbec zkušenost perinatální ztráty zasáhla do partnerství či manželství obou rodičů a jaký dopad v něm zanechala.

6.2 Výzkumná metoda

Jako výzkumnou strategii jsem zvolila kvalitativní výzkumnou metodu. Tato metoda pracuje s malým souborem respondentů a nečiní si tak nároky na statistickou reprezentativnost. Kvalitativní typ výzkumu jsem volila proto, že samotné téma perinatální ztráty a počet rodičů, kteří jí prošli a byli by ochotni o ní mluvit, je z důvodu citlivého tématu velmi omezený. Tito rodiče představují jazykem výzkumu skupinu těžko dostupnou. Přednost voleného výzkumu spočívá v tom, že umožňuje hloubkový popis případu v jeho celistvosti a pochopení zkoumaného subjektu v jeho přirozeném prostředí. Nevýhodou této metody je skutečnost, že prováděný výzkum může být

ovlivněn osobou výzkumníka a jak již bylo výše řečeno, zkoumá omezený počet respondentů, takže jeho závěry mohou být obtížně zobecnitelné na širší populaci. Tento typ výzkumu je též časově náročný (Hendl, 2008).

Pro výzkum jsem zvolila formu dvou hloubkových individuálních polostrukturovaných rozhovorů. Rozhovory uskutečněné se dvěma manželskými páry, mi přinesly cenné informace v podobě výzkumných dat, které jsem následně zpracovala metodou fenomenologické analýzy.

Interpretativní fenomenologická analýza je zakotvena ve fenomenologii a v idiografickém přístupu k člověku. Tato metoda se zaměřuje na porozumění určitému fenoménu u lidí, kteří mají podobnou zkušenost. Následně tuto individuální zkušenost mapuje, zkoumá a interpretuje (Hroch, 2014).

Proces začíná vytvořením výzkumné otázky, volbou vzorku, přípravou a uskutečněním rozhovorů a následně přepisem a analýzou dat.

6.3 Výzkumný soubor a průběh sběru dat

Výzkumný soubor tvoří dva manželské páry, které v minulosti prožily perinatální ztrátu. Kontakt na partnery s touto zkušeností, jsem získala od své sestry, která působí jako laická poradkyně pro pozůstalé v občanském sdružení Dlouhá cesta. S oběma ženami i jejich partnery byla delší dobu v kontaktu, takže já jako její sestra jsem pro ně nebyla úplně neznámý člověk. Jako výhodu považuji to, že jsem ani jednoho z respondentů osobně neznala. Oba rozhovory byly vedeny v domácím prostředí u respondentů doma v průběhu měsíce ledna 2016. Rozhovor probíhal na přání respondentů s oběma partnery současně, ač to původně nebyl můj záměr a plánovala jsem vést rozhovor s každým z partnerů zvlášť. Délka rozhovorů trvala přibližně 60-70 minut. V přepisu jsem jména respondentů změnila z důvodu ochrany jejich osobních údajů.

Kriteriem pro výběr respondentů byla zkušenost perinatální ztráty (tak, jak je definována na začátku této práce), uplynutí nejméně jednoho roku od této události a partnerství rodičů, které dosud trvá.

Manželský pár, se kterým byl uskutečněn rozhovor číslo jedna, jsou manželé asi jeden a půl roku. Jejich věkové rozmezí je 25-35 let, oba jsou středoškolsky vzdělaní. Od perinatální ztráty uběhly dva roky a jednalo se o ženino první těhotenství. Ve 30. týdnu těhotenství proběhl porod mrtvorozeného dítěte. Od té doby žena několikrát otěhotněla a následně potratila. Manželé bydlí na menším městě. Rozhovor probíhal v dopoledních hodinách v jejich rodinném domku.

Partneři z rozhovoru číslo dva se pohybují ve věkovém rozmezí 38-48 let a manželé jsou již devět let. Oba jsou vysokoškolsky vzdělaní. Nyní mají dvě děti. Perinatální ztráta proběhla před šesti lety, v té době již měli dvouletou dceru. Později se narodil chlapec, kterému jsou nyní dva roky. Před šesti lety L. otěhotněla, těhotenství bylo vícečetné, byli to dva chlapci. Ve 25. týdnu těhotenství začal L. spontánní porod. Oba chlapci se narodili velmi nezralí a do pěti dnů postupně zemřeli. Rozloučení s dětmi proběhlo formou pohřbu. Díky této zkušenosti L. nyní působí jako laická poradkyně pro pozůstalé. Založila také webovou stránku, přes kterou pomáhá ženám s podobnou zkušeností. Rozhovor probíhal jednoho večera v jejich kuchyni.

6.4 Technika sběru dat

Pro sběr dat jsem použila metodu hloubkového polostrukturovaného rozhovoru. Tato technika je vhodná pro zkoumání jevů z oblasti subjektivního prožívání zkoumaných jedinců. Ponechává dostatek prostoru pro zachycení subjektivních pocitů a zkušeností jedince, i když je časově dosti náročná. Tazatel má připraven seznam otázek či témat, na který chce získat odpovědi, může přecházet do volného rozhovoru a také odpovědi strukturovat tak, aby byly vzájemně srovnatelné (Hendl, 2008).

Před zahájením rozhovorů se respondenti obeznámili s informovaným souhlasem s výzkumem v písemné podobě, který na znamení souhlasu podepsali. Měli možnost klást doplňující otázky i jakékoli jiné dotazy. Tento souhlas je součástí přílohy bakalářské práce.

Respondenti měli možnost volněji vyprávět a vyjadřovat se k danému tématu a k dalším souvislostem. V průběhu rozhovoru jsem se snažila poskytnout respondentům dostatečný prostor a nenavádět je k cíleným odpovědím. Pokusila jsem se o navození atmosféry důvěry, akceptace všeho sdíleného, bez snahy o hodnocení. Během rozhovoru jsem naslouchala, předkládala jsem volně nastavená témata, dávala jsem zpětnou vazbu, zrcadlila to, co mi respondenti sdělovali a tím jsem se je snažila vybízet k hlubšímu uchopení tématu. Rozhovory jsem nahrávala se souhlasem respondentů na diktafon. Později jsem celý záznam doslovně přepsala.

6.5 Etický aspekt výzkumu

Od počátku psaní této práce jsem si uvědomovala fakt, že v rámci svého výzkumu budu zacházet s citlivou tematikou a s osobními údaji. Snažila jsem se proto respondentům vytvořit takové podmínky, které by jim zajišťovaly bezpečí. Kladla jsem důraz především na:

- anonymitu respondentů. V prepisech rozhovorů jsem změnila identifikační údaje, po přepsání rozhovoru jsem audionahrávky smazala.
- mlčenlivost mé osoby jako výzkumnice ve vztahu k osobním údajům respondentů
- psychický komfort respondentů. Účel rozhovoru byl jasně vymezen jako výzkumný a ne jako terapeutický. Pokud by se u kohokoli z respondentů objevily psychické obtíže v souvislosti s probíraným tématem, nabídla jsem možnost kontaktu na specialistu v oboru psychoterapie.

- respondenti měli možnost od rozhovoru kdykoliv odstoupit. Respondenti byli seznámeni s cílem výzkumu v rámci informovaného souhlasu, který oba podepsali.

7. Praktický postup

Výzkumnou otázku jsem formulovala takto: **Jaké změny vyvolal prožitek perinatální ztráty ve vztahu obou partnerů?**

Hlavní výzkumnou otázku jsem rozdělila na tři dílčí oblasti. První se zaměřovala na to, jaký byl vztah mezi partnery před událostí perinatální ztráty. Druhý okruh zkoumal, jaký byl partnerský vztah bezprostředně po události do jednoho roku. Třetí otázka směřovala k celkovým změnám, které perinatální ztráta do partnerství přinesla.

Nahrané uskutečněné rozhovory na výzkumnou otázku jsem doslova převedla do písemné podoby a jejich text jsem opakovaně pročítala řádek po řádku. V přepsaném textu jsem vyznačila určitá významná slova, věty, spojení a každé z nich jsem přidělila kód, pojmové označení. Tyto kódy jsem následně roztřídila do obecnějších kategorií, které jsem porovnávala a hledala mezi nimi spojitost.

Zkoumáním pojmů, porovnáváním, kódováním a slučováním kódů do kategorií jsem dospěla k sestavení základních kategorií a následných subkategorií. Tímto způsobem jsem postupně zpracovala oba rozhovory. V následné diskusi jsem hledala a porovnávala spojitosti i odlišnosti, ke kterým jsem tímto zpracováním dospěla.

7.1 Rozhovory

Rozhovor číslo 1

1. Kategorie: Perinatální ztráta jako trvalá a nesmazatelná zkušenost pro každého z partnerů

subkategorie:

- **přítomnost strachu ze samoty, strachu ze smrti blízkého člověka**

Zkušenost a zažití neočekávané smrti dítěte, na které se rodiče několik měsíců těšili a připravovali, nenávratně nabourává životní jistoty. Tato nejistota s sebou nese i strach, že se nečekaně stane něco, s čím nepočítáme, co nás opět překvapí:

Žena: "A od té doby mám pořád strach, protože když mi umřel tatka, tak to on odjel do práce a už se nevrátil. Pak nám umřela dcera. Když manžel někam jede, tak chci, aby mi dal vědět, protože nikdy nevím, jestli se to nestane znovu. Říkám si, že člověk takovou smůlu mít nemůže, ale ono je pravda, že může... takže já se vlastně docela dost bojím".

Žena: "A taky se někdy stane, že na manžela křičím. Nikdy jsem to nedělala, ale teď na něj křičím. Není to proto, že bych mu chtěla nadávat, ale je to proto, že si uvědomuju, jak moc ho mám ráda a že mám strach, aby se mu něco nestalo".

- **Přetrvávající bolest z nenaplněného mateřství, ze smrti dítěte, které by mohlo být a růst a není a také trvalost citu k dítěti. I když zemřelo, navždy zůstává v srdci matky**

Pocity smutku a bolesti, které byly nejzřejmější v prvních dnech a týdnech po prožitku smrti dítěte, v určité míře přetrvávají stále v mysli rodičů.

Žena: *"Bylo to strašně smutný (pláče)".*

Žena: *"Nevidím, že bych se s časem cítila líp, nebo že bych se s tím smířila. Konkrétně já se s tím prostě nesmírím. To vím. Ten vztek i ta bolest tam zůstane. Časem se s tím snad jen naučím víc pracovat, ale je to mojí součástí už navždy".*

Žena: *"Žena na to nikdy nepřestane myslet a nikdy nezapomene na to, že porodila dítě."*

Muž: *"Já jsem pořád doufal, že se pletou, že to není pravda...".*

Také mateřství, i když nenaplněné zůstává jako trvalá zkušenost. Dítě má trvalé místo v srdci matky, vztah k němu přetrvává.

Žena: *"To zůstane navždy, ta láska a ta touha jak jsme byly krátce spolu, to nikdy nezmizí".*

Žena: *" Když nastane otázka, jestli máme děti, tak neřeknu, že nemáme. Říkám, že máme dceru. Která zemřela. Snažím se v tom být upřímná... Občas se stane, že se u toho rozbřečím".*

2. Kategorie: Zaznamenání změny, nové kvality ve vztahu

Subkategorie:

- **nová jistota v trvalosti partnerského vztahu**

Společný prožitek smrti dítěte vnesl do vztahu rodičů nová, dosud nepoznaná zjištění. Respondenti po ztrátě dítěte popisovali změnu, týkající se větší jistoty partnerské role, zaznamenali utužení vzájemného svazku.

Muž: " *Jsem si tím vztahem jistější, nemám obavu, že by skončil jen tak. Myslím, že jsme na sebe mnohem víc upřímnější, otevřenější, jakoby víc na sebe navázání. Že i beze slov si rozumíme mnohem víc. Takže nějak ta komunikace beze slov*".

Muž: " *Jako kdybych ten jeden den zjistil, že s M. budu na celý život. Protože to na tom to špatný nás víc spojilo, že ten vztah vnímám jinak a vím, že je M. pro mě kromě manželky v roli životního parťáka a já vím, že se na ni můžu se vším spolehnout.*"

Žena: " *Od té doby je to člověk, o kterém vím, že jsem schopná s ním prožít celý život*".

- **objevení hlubší vztahové intimity a absence žárlivosti**

Respondenti konstatovali také větší vzájemnou svobodu projevující se absencí žárlivosti. Popisovali i vzájemné prohloubení důvěrnosti a blízkosti:

Žena: " *Od té doby už nežárlím, prostě manželovi věřím*".

Žena: " *A taky si víc řekneme, věci, jaký bychom si dřív třeba neřekli*".
"Prostě že jsme si blíží"

Muž: " *Před tím jsem se některý věci bál říct třeba a teď vím, že... je to taková větší otevřenost mezi námi. Nemusím se bát, že by se ten náš vztah tím zhoršil... no, získal jsem v tom větší důvěru*".

Žena: " Vnímám, že jsme teď tak nějak partneri se vším všudy. Že tam není jen ta láska, ale že nás spojuje ještě něco mnohem víc".

Muž: " Svým způsobem bych řekl, že je to takové posílení toho vztahu. Že v tom to špatný člověka nějak víc spojí. Ta špatná zkušenost spojí víc, než když je všechno v pořádku a bez problémů".

Oba partneri spolu začali trávit víc času. Každý z nich oceňoval toho druhého.

Žena: "Manžel mi dal spoustu času a hodně nám to pomáhalo. Hodně jsme si zezáátku povídali o tom, co se stalo".

Muž: "Od té doby jsme byli víceméně spolu. M. Byla doma a já na tu pracovní dobu nejsem tak vázaný, tak jsme trávili většinu času spolu".

3. Kategorie: Benefity společného prožitku perinatální ztráty

Subkategorie:

- **porozumění jednoho pro druhého a vzájemná komunikace**

Partneri se shodli na skutečnosti, jak důležité pro oba bylo, že se mohli spolu rozloučit s dítětem, že spolurozhodovali o jeho pohřbu. Ocenili to, že spolu mohli nejen rozhodovat, ale i vykonávat určité konkrétní kroky.

Žena: " Bylo to hrozně hezký, moci si ji pochovat. Měli jsme oba s manželem takový ostych... byt byla mrtvá, abychom jí nějak neublížili".

Muž: " A chtěli jsme určitě pohřeb. Na tom jsme se shodli oba dva".

Důležitá byla i verbální a neverbální komunikace mezi partnery.

Muž: " Byli jsme k sobě chápaví a vstřícní, navzájem jsme se snažili jeden druhého podpořit a pohládit a nepřestali jsme spolu mluvit".

Žena: " Já jsem ve svý podstatě manžela přinutila mluvit... jeho to dostrkalo k tomu, aby si o ní se mnou povídal. Takže jsme mluvili a mluvili a to náš vztah určitě zachránilo".

Žena: " Jediný, co nám z toho zůstalo je společná vzpomínka... povídat si. To jediný."

- **aktivita a role muže ve chvíli, kdy je žena oslabena**

Ve chvíli, kdy žena byla oslabena po fyzické i psychické stránce porodem, manžel převzal roli toho, kdo vyřizuje praktické věci, podepisuje papíry, komunikuje s ostatními.

Žena: "V tu chvíli jsem věděla, že se o mě manžel postará. Všechno to vlastně přešlo na manžela. Já jsem tu pomoc potřebovala, taky podporu... a zjistila jsem, že to u něj mám".

Žena: "Po tom to všechno přešlo na něho. On byl ten silnější, abych já mohla být slabší. Takže on se toho tak zhostil a už u toho tak nějak zůstal".

4. Kategorie: Rozdílnost partnerů v prožívání smutku a emocí

Subkategorie:

- **rozdílnost v prožívání i ve vyjadřování emocí muže a ženy**

Po počátečním společném sdílení smutku a bolesti, truchlení probíhalo u každého z partnerů jinak.

Žena: *Pro mě je důležitý, abychom truchlili spolu, aby si pobřečel se mnou. Abych věděla, že to taky prožívá. Že to nejsem jenom já, kdo brečí a smutní. Ale on dospěl k rozhodnutí, že si to jako odžívá stranou a sám, aby mi mohl jako dělat oporu".*

Žena: " Taky si uvědomuju, že muž to má jinak. Že to není tak, že by se netrápil, ale že o tom nechce mluvit právě proto, aby se netrápil... "

Muž: " Chci, aby viděla, že mě to taky trápí. Ne třeba stejně, ale jiným způsobem. Jenom mi to prostě nějak nejde... je to nějaký vnitřní blok, který mi brání... snažím se ale, když je vhodnej čas, abychom o tom spolu mluvili".

5. Kategorie: Prohloubení sebepoznání, osobnostní růst, smysl prožité události

Subkategorie:

- **rekapitulace, reflexe minulého života**

Zejména muž refleктоval určité partnerské kroky vykonané v minulosti.

Muž: " Lituju toho, že když byla M. těhotná, že pro mne nebyl čas to těhotenství s ní víc prožít, jak by to ona chtěla... a člověk si uvědomí, že jak čeká, že to správný teprve přijde... že pak najednou přišel i o to, co bylo".

- **Empatie pro okolí s uvědoměním si vlastní křehkosti a životních priorit**

Oba partneři u sebe konstatovali osobnostní změnu, větší porozumění a toleranci pro svoje okolí.

Žena: "Já jsem se jakoby tak zjemnila, změkla... přestala jsem být tak prudká, zklidnila jsem se. A chápu taky spoustu věcí jinak, že už lidi tolik neposuzuju. Že si říkám, že když někdo něco udělá, že pro to má nějaký důvod a já neposuzuju, protože nevím proč. Nikdo přece neví, co má ten člověk za sebou, co ho k tomu vedlo. Snažím se v lidech vidět to lepší".

Muž: " U mě asi hlavně i to, co se dělo potom způsobilo, že jsem tak nějak silnější, než jsem si myslel po psychický stránce. Dovedlo mě to tak nějak samo k tomu, že se musím se vším vypořádat, že mi nezbude nic jinýho, než ty věci postupně přijmout tak, jak jsou a naučit se je zvládat. Vím, že jsem prožil, byť jenom krátce něco, co za to stojí. Jsem vděčnej i za to málo, co jsem měl".

Žena: " Uvědomila jsem si omezenost svých psychických sil, že jich mám omezeně. Nejsem si jistá, kolikrát bych to ještě zvládla".

Žena: " Uvědomuji si teď víc, který věci jsou pro mě důležité a který ne. Když něco opravdu nechci, dokážu říct ne".

- **Společné hledání smyslu prožité události**

Partneři si kladli i otázky týkající se smyslu celé události. Patrná byla i myšlenky touha po sdílení a obohacení někoho dalšího.

Žena: " Taky si kladu otázku, jestli to všechno vůbec má nějaký smysl....a nakonec stejně dojdu k tomu, že to nějaký smysl musí mít".

Muž: " Uvažujeme spolu i o adopci. Chtěli bychom někoho dalšího udělat šťastným. A on by nás taky udělal šťastným".

Rozhovor číslo 2

1. Kategorie: Rozdílnost v prožívání emocí muže a ženy. Role a viditelná aktivita muže při perinatální ztrátě.

Subkategorie:

- **emoce ženy a emoce muže, vzájemná komunikace**

Muž i žena prožívali své emoce postupem času rozdílně, každý prožitou událost zpracovával jinak.

Žena: "Byla jsem rozcitlivělá, rozesmutněná. Pak je tam v tom prostor pro nedorozumění, pak se navzájem zraňujem...“

Muž: "Tím, že jsem řešil ty věci okolo, tak mě to udrželo v nějakém tom chodu".

Muž: " V určitém slova smyslu mi bylo všechno nějak jedno".

Muž: " Když jsem pak už neměl žádnou náplň, nic, tak to na mě dolehlo v tu chvíli".

Muž: "Cítím ten smutek... že jako nějak potřebuje jít ven. Reaguji taky ostřeji na určité věci a dokážu snad i líp zacházet se svou agresivitou".
"Daleko líp vnímám, co L. potřebuje... třeba jen pohladit a vyslechnout".

Žena: "Mě to všechno pak nastartovalo k aktivitě".

- **konkrétní praktická pomoc vykonaná přítomným mužem**

Žena ocenila praktické fungování partnera a roli, kterou zastal bezprostředně po perinatální ztrátě.

Žena: " J. Mě vozil na tý kolečkový židli za dětma, sama bych to asi nezvládla, bylo to těžký chodit na tu neonatologii za dětma. Bylo to fakt psychicky náročný".

Muž: " Ten porod vytrhl mne z nejistoty a mých prapodivných stavů co chlapi mají, když je vyhodí z práce. Pomohlo mi to být nějak aktivní. Měl jsem co dělat, měl jsem nějakou náplň".

Muž: " Měl jsem tu roli ochránitele a zajišťovatele a bylo mi v tom dobře, i když ty okolnosti byly těžký".

Muž: " Taky všechny ty papíry a rodný listy a všechno jsem zařizoval".

Muž: " Když jsem pak už neměl žádnou náplň, nic, tak to na mě dolehlo v tu chvíli".

Žena: " Myslím, že se J. jako posunul k dospělosti. Přišlo mi skvělý, že byl vedle mě, taková ta tichá podpora, která tam byla. Zařizoval a konal, to nezapomenu. Když mi bylo nejhůř, tak tam byl".

2. Kategorie: Důležitost vzájemné komunikace i společné vykonání rituálu

Subkategorie:

- **vzájemná komunikace**

Pro oba partnery bylo důležité, že u ztráty byli oba dva, nejen žena sama. Též že o tom mohli hned mluvit a sdílet se, i když v souvislosti s časem se komunikace stala složitější.

Žena: " Vždycky jsme tam byli oba... hodně jsme to sdíleli. Hodně jsme o tom spolu mluvili".

- **rituál**

Rodiče se shodli na uspořádání pohřbu a vykonávání rituálů.

Muž: " Pohřeb byl hodně důležitý. Přišlo i plno přátel... udělali jsme pak takový obřad s rozprášením popela, to nám to pomohlo nějak zakončit, uzavřít".

Žena: " Ted' jsme v den výročí byli zase na hřbitově, zapálili jsme tam svíčku a mě to udělalo dobře, ten akt. Ulehčilo mi to".

3. Kategorie: Doznívání prožitku a proměna prožívání s odstupem času

Subkategorie:

- **sblížení versus odcizenost**

Po počátečním sblížení partneři popisují období odcizení a vzdálení jednoho navzájem od druhého. S časem se každý z rodičů zemřelých dětí se smutkem potýkal jinak a sám.

Žena: "Nejdřív jsme se hodně propojili... a pak bylo těžší období. J. se uzavřel a propadl trudnomyslnosti, apatii... chodil po obědě spát a mě to rozčilovalo".

Žena: *"Nejdřív jsme byli hodně propojení, ale pak jsme se jakoby oddělili, vůbec jsem za tebou nemohla, byl jsi úplně jinde".*

Žena: *" Nejdřív když se něco dělo, byli jsme spolu, ale pak jsme o to společný přišli a každý si jel to svoje, oddělili jsme se".*

Muž: *" Byl jsem takový robot, ale se srdcem. Byl jsem od toho svého srdce odpojen, byl jsem tak asi víc schopen přijmout ty věci, co se děly".*

Muž: *" Nejdřív nás to spojilo, pak odpojilo. Teď vnímám, že když se blíží to výročí, že jsem víc zranitelný a to ten náš vztah ovlivňuje. Když se pohádáme, jde to hlouběji. Tím, jak jsem otevřenější, tak o to víc to potom bolí".*

Muž: *" Teď, když se blíží leden, tak mám takový divný stav. Takovej smutek, bolest".*

Muž: *" Když se blíží výročí, tak to přichází. Dobře se mi brečí u akčních filmů. Tak si pouštím akční filmy a brečím".*

- **strach z opakování ztráty, nedůvěra k vlastnímu tělu**

U ženy se objevuje strach ze znovuprožití situace a pochyby o sobě, zaznamenává změnu vztahu ke svému tělu.

Žena: *" Bojím se, že by se to mohlo opakovat... že bych to už nezvládla".*

Žena: *" Měla jsem hezký vztah ke svému tělu a mám pocit, že jsem ho nějak ztratila. Že jsem svému tělu přestala věřit tím, co se stalo. Začala jsem mít strach mu důvěřovat... Víc se teď zabývám sama sebou a cítím, že v tom těle to ještě nemám úplně zpracované".*

4. Kategorie: Život a smrt jako dvě nerozdělitelné kategorie patřící k sobě

Subkategorie

- **zrození a umírání, blízkost smrti i života**

Partneři vnímají v setkání se smrtí i něco posvátného. Hlavně muž si uvědomoval a tělesně zažíval křehkost života a jeho pomíjivost.

Žena: *"Bylo to pro mne silné setkání se smrtí, do té doby jsem se s ní nikdy tak blízko nesečkala. To zrození i umírání mi přišlo jako hrozně blízko u sebe..."*

Muž: *"Jedno dítě jsem měl tady a dvě jsem měl tam, na druhý straně. Takže já jsem žil tak zvláště vyrovnaně napůl tady, napůl tam".*

Muž: *"V tu chvíli, když děti umřely, měl jsem takový pocit, jako bych byl jednou nohou mrtvý a jednou nohou tady. Že kdyby mě přejelo auto, že mi to nebude vadit. Že kdybych umřel, že mi to bylo tak nějak jedno. To trvalo asi tři měsíce".*

Muž: *"Že jsem byl tam i tady. Minimálně tři měsíce jsem byl v tom stavu, že kdyby se na mě vyřítily tisícíhlavý zástup vojáků, tak je mi to úplně jedno".*

5. Kategorie: Napojení na spirituální rozměr osobní i v partnerství

Subkategorie:

- **dopad spirituálního sdílení v širším křesťanském společenství**

Partneři přišli do styku s živým křesťanským společenstvím rodin. Účastnili se několika letních společných intenzivních setkání, která jim umožnila sdílení smutku a komunikaci v širším společenství s duchovním přesahem.

Žena: "Jedna žena mi vyprávěla o manželských setkáních, tak jsme tam spolu jeli a pro náš vzájemný vztah tohleto strašně moc pomohlo. Víím, že než jsme tam jeli, že to nebylo dobrý, byla tam odcizenost mezi námi".

Žena: "Osobně mi ta manželská setkání hodně pomohla. V souvislosti s manželstvím jsme tam navázali spolu hlubší kontakt, léčilo se to a bylo to podpůrné, to společenství a sdílení.

Žena: "Víc jsme tam začali mluvit o svých pocitech".

Muž: "Důležitý bylo, že jsme tam spolu komunikovali. Bylo to těžký. Vybavuju si, že těsně než jsme tam jeli, že tam byla mezi námi odcizenost".

Muž: "Když jsme se zapojili a viděli jsme, co tam jiný páry řešej, že to byla pro nás obrovská podpora. Pro mě to byla velká změna v tom vztahu teda".

Muž: "No, někam nás to tam posunulo. Mluvili jsme o tom, jak to prožíváme, co se děje mezi námi".

Žena: "Víra mi taky hodně pomáhá teď, i v tom posledním těhotenství. Jsou to teď dva roky, co jsem se nechala pokřtít".

- **upevnění vztahu společným prožitkem**

Žena: "Řekla bych, že to vytvořilo silný pouto. Že když jsme tímhle tím prošli, že nás jen tak něco nerozhází a taky už zvládáme i ty menší krize".

Muž: "Já jsem tím prožitkem silnější a uvnitř víc otevřený. Jsem zranitelnější a citlivý na bolest i smutek. Mám nějaký vnitřní pocit, na který se můžu napojit a víím, že tam je. Je to něco stálýho a jde to hodně hluboko. Když umřou děti, je to něco nejhlubšího, co může člověka potkat. Je to taková cesta dovnitř, která je u mě stále otevřená".

- **empatie pro druhé**

Muž: " *Taky jsem se stal citlivější vůči smrti někoho. Jsem víc empatický, citlivější*".

7.2 Shrnutí

Mým cílem je zjistit dopad perinatální ztráty na partnerský vztah. Rozhovory jsem zpracovala metodou fenomenologické analýzy. Porovnáme-li zpracované výsledky z obou rozhovorů, vyplývají z nich tyto znaky.

Přítomnost **strachu**, která se ukázala býti patrná u obou žen respondentek. Tento strach se u každé z nich poněkud lišil. Žena v rozhovoru číslo jedna uváděla strach z nečekané smrti blízkého člověka, respondentka z druhého rozhovoru uváděla strach z toho, že by se situace ztráty mohla opakovat. Byl u ní patrný strach ze znovuprožití celé situace, též strach z nedůvěry k vlastnímu tělu.

U všech respondentů vyzněla podpůrně **praktická pomoc a role konajícího muže**, který byl u perinatální ztráty přítomen. Muž, který převzal konkrétní úlohu, vyřizoval praktické věci, komunikoval s personálem, doprovázel ženu na kolečkovém křesle. Ve chvíli oslabenosti ženy, partner přebíral iniciativu, vystupoval v roli silného muže.

Rozdílnost v prožívání a vyjadřování emocí u muže a ženy se též u obou výpovědí shodně potvrdila. Bezprostředně po ztrátě partneri prožívali společnou bolest, společné sdílení emocí i bolesti. S odstupem času se muži spíše uzavřeli a vzájemné sdílení a komunikace se ukázala jako komplikovanější.

Společně se všichni respondenti shodli na vykonání **rituálu**, na rozloučení se s dítětem, na jeho pohřbu dítěte v případě prvního páru. V případě druhého páru na pohřbu obou zemřelých dětí.

Respondenti též shodně hodnotili s odstupem času společný prožitek ztráty dítěte jako prožitek, který mezi partnery vytvořil silné **pouto**, utužení vzájemnosti. Pár číslo jedna popisoval navíc ještě větší jistotu v partnerovi a absenci žárlivosti.

Co se ukázalo jako rozdílné, byť ve své podstatě podobné, bylo dlouhodobější zpracování ztráty. U páru číslo jedna byla patrna rekapitulace a reflexe minulosti, zejména u muže. Empatie a soucit pro druhé a přehodnocení priorit u ženy. U obou partnerů potom hledání smyslu prožité události. Rozhodnutí o tom, stát se adoptivními rodiči.

Pár číslo dvě zaznamenal důležitost křesťanského společenství pro společné sdílení i komunikaci. Tento transcendentní rozměr v širším společenství popisovali oba partneři jako pomoc pro sdílení a utužení partnerství po předchozím odcizení.

U parterů z rozhovoru číslo jedna byla patrná bolest z nenaplněného rodičovství, na rozdíl od respondentů z druhého páru. Tento první pár se též shodl na tom, že po společném prožitku spolu partneři tráví víc času a oba ve vztahu vnímají větší důvěrnost a blízkost.

Tyto vztahové kvality ve výpovědi druhého páru nezazněly.

Pár číslo dvě popisoval po počátečním společném prožitku naopak vzájemné odcizení a obtížnost komunikace. Ve své výpovědi též reflektoval relativitu života a smrti, křehkost lidského bytí, transcendentní touhu po tom, co nás přesahuje.

Společná u všech respondentů byla i větší **empatie a** citlivost pro druhé. Zvláště ve vztahu k lidem, kteří zaznamenali smrt blízkého člověka.

8. Diskuse

Výzkumný soubor tvořily dva manželské páry, které zažily perinatální ztrátu. Tyto páry se lišily věkem, počtem dětí a vzděláním.

Pár číslo jedna byl mladší, neměl žádné žijící děti. Po perinatální ztrátě žena několikrát otěhotněla a v raném stadiu dítě potratila. Oba partneři jsou středoškolsky vzdělaní a bydlí na menším městě. Od perinatální ztráty uběhly dva roky.

Pár číslo dvě byl věkově starší asi o deset let, ve chvíli perinatální ztráty měl již dvouletou dceru. Těhotenství týkající se ztráty bylo dvojčetné, obě děti po předčasném porodu zemřely. Od perinatální ztráty uběhlo šest let. Žena poté ještě úspěšně otěhotněla a manželé mají nyní ještě dvouletého chlapce. Bydlí ve velkém městě a oba partneři mají vysokoškolské vzdělání.

Při interpretaci výsledků je nutné vzít na vědomí výzkumný soubor, který se liší ve výše uvedených skutečnostech a svojí velikostí není reprezentativní. Též moje osoba jako ženy a výzkumníka, setkávajícího se ve své profesi s opakovaně s tímto tématem, může postrádat neutralitu. Mým záměrem původně bylo vést rozhovor s každým z partnerů zvlášť a prozkoumat tak dopad perinatální ztráty na každého z rodičů individuálně a poté hledat vztahové spojitosti. Všichni respondenti upřednostňovali společný rozhovor, proto jsem svůj původní záměr přizpůsobila jejich přání. Od počátku jsem si uvědomovala skutečnost, že vedením rozhovoru o perinatální ztrátě, vstupuji do partnerské intimity a snažila jsem se o maximální bezpečí respondentů. Z důvodu zachování anonymity a intimity partnerů, nepřikládám přepsané rozhovory do přílohy této bakalářské práce.

Porovnáme-li zjištěné skutečnosti z rozhovorů zpracované metodou fenomenologické analýzy s teoretickými poznatky, zjistíme, že se shodují v těchto oblastech:

- Rozdílné prožívání ztráty u muže a ženy. Špatenková (2006) i Špaňhelová (2015) se shodují v tom, že různí lidé prožívají různorodé pocity. Otcové byli ztrátou dítěte zasaženi stejně jako matky, jen svoje emoce s postupem času projevovali jinak a bylo to pro ně nesnadné. Davisová (1996) též popisuje střídaté truchlení v páru a odcizenost, která se může s odstupem času mezi partnery objevit. Zde byla tato odcizenost patrná u páru číslo dvě. Kubíčková (2001) uvádí, že ženy mají v porovnání se svými partnery vyšší potřebu o svém zármutku hovořit. To se shoduje s výpovědí páru číslo jedna, kde pro muže bylo s odstupem času obtížné o smrti dítěte se svojí partnerkou hovořit.
- Rituál rozloučení se s dítětem, vděčnost za možnost dítě vidět, pochovat si ho, rozloučit se s ním se shoduje s Davisovou (1996), Rastislavovou (2008), Wordenem (2009). Důležitá byla vědomá volba pro toto rozloučení se s dítětem, ve které se oba partneři shodovali.
- Praktické vystupování a konání muže, aktivita partnera bezprostředně po prožitku perinatální ztráty se shoduje s Rastislavovou (2008) i Špaňhelovou (2015).
- Snaha o to, nalézt smysl smrti dítěte, kdy pozůstalí hledají porozumění ve víře. Toto popisuje Worden (2009) i Špatenková (2006). Pár číslo dvě našel křesťanské společenství, žena se dala s odstupem pokřtít a sděluje, že jí víra velmi pomáhá. Otázku po smyslu události si kladl i pár číslo jedna, dosud pro ně zůstává bez odpovědi.
- Změnu hodnotového žebříčku, změnu priorit, kterou zaznamenal pár číslo jedna, popisuje McLarenová i Firthová, Luffová a Oliviere (2007). Partneři přehodnotili svůj postoj k životu, nový pohled na svět se promítl pozitivně do intimnějšího sblížení mezi partnery.

- Špaňhelová (2015) popisuje nejistotu, nedůvěru ženy k vlastnímu tělu. Tato byla patrná u ženy v rozhovoru číslo dvě. Také strach z opakování podobné události.

Co jsem naopak v literatuře nenalezla byly pocity muže popisované v rozhovoru číslo dva. Popisoval svoje pocity nacházející se na rozhraní života a smrti, uvědomoval si křehkost života a jeho pomíjivost. Důvodem může být to, že pocitům mužů, kteří s partnerkou prožijí perinatální ztrátu, v literatuře není věnováno tolik pozornosti.

Téma pro další možný výzkum by mohlo být zaměření se právě na pocity a prožívání muže, který spolu se svou partnerkou prožil perinatální ztrátu.

Dalším tématem, které by bylo zajímavé podrobněji výzkumně prozkoumat, by mohlo být téma smyslu prožité bolestné události, téma smyslu života.

9. Závěr

Cílem této práce bylo prozkoumat, jaký dopad má prožitek perinatální ztráty na partnerský vztah. Věřím, že přes uvedené limity byl tento cíl naplněn.

Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že partneři, kteří spolu prožili perinatální ztrátu, mají mezi sebou nesmazatelné pouto společného prožitku. Přes rozdílnost sdílených emocí a rozdílnost v prožívání truchlení mezi partnery, tento společný prožitek partnerství navzájem upevnil a posílil jejich vzájemnou komunikaci.

Doufám, že uvedený výzkum bude podpurným přínosem rodičům, kteří perinatální ztrátu prožívají a také těm, kteří mají takové rodiče ve svém okolí.

10. Seznam použité literatury

1. BAŠTECKÁ Bohumila a kol., 2003. *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál. 416 stran. ISBN 80-7178-735-3
2. BORŮVKOVÁ Klára, 2012. *Psychosociální intervence u žen s perinatální ztrátou*. Diplomová práce. FF UK v Praze, Katedra Psychologie. 175 stran.
3. BOWLBY John, 2013. *Ztráta*. Praha: Portál. 420 stran. ISBN 978-80-262-0355-1
4. ČEPICKÝ Pavel, 1999. *Moderní gynekologie a porodnictví, Psychosomatika*. Praha: Levret. ISSN – 1211-1058 č. 3
5. DAVIES Deborah, 1996. *Empty cradle, broken heart. Surviving the death of your baby*. Fulcrum pub. ISBN 15-559-1302-4
6. FIRTHOVÁ Pam, Luffová Gill, Oliviere David et al. 2007. *Ztráta, změna a zármutek v kontextu paliativní péče*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu. 234 stran. ISBN 978-80-87029-21-3
7. GRÜN Anselm, 1997. *Smrt v životě člověka*. Karmelitánské nakladatelství. 68 stran. ISBN 80-7192-221-8
8. HÁJEK Zdeněk et al. 2004. *Rizikové a patologické těhotenství*. Praha: Grada. 444 stran. ISBN 80-247-0418-8
9. HENDL Jan, 2005. *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. Praha: Portál. 408 stran. ISBN 978- 80-7367-485-4
10. HONZÁK Radkin, NOVOTNÁ Vladimíra, 1994. *Krize v životě, život v krizi*. Praha: Road. 129 s. ISBN 80-82285-60-0
11. HROCH Jaroslav, 2014. *Úspěšná aplikace kvalitativní metodologie v psychoterapii*. Elektronický časopis ČMPS, ročník 8, č.1. Dostupné na: <http://e-psycholog.eu/pdf/hroch-rec.pdf>
12. CHVÁLA Vladislav, TRAPKOVÁ Ludmila, 2008. *Rodinná terapie a teorie jin-jangu*. Praha: Portál 224 stran. ISBN 978-80-7367-391-8

13. KAST Verena, 2000. *Krize a tvořivý přístup k ní*. Praha: Portál. 159 stran. ISBN 80-7178-365-X
14. KAST Verena, 2015. *Truchlení - fáze a šance psychického procesu*. Praha: Portál. 139 stran. ISBN 978-80-262-0789-4
15. KUBÍČKOVÁ Naděžda, 2001. *Zármutek a pomoc pozůstalým*. Praha: ISV. 267 stran. ISBN 80-85866-82-X
16. LEPAŘ František, 1892. *Nehomérovský slovník řeckočeský*. Sešitové vydání. Karel Vačlena. 25. sešit. 1181 stran.
17. LUCKÁ Yvonna, 2002. *Mrtvě narozené děti*. In: *Sborník textů mezinárodní konference o přirozeném porodu Přivádíme děti na svět*. Praha: Aperio. ISBN 80-903-0871-6
18. LUDÁČKOVÁ Eva, Huneš Robert, Špatenková Naděžda, 2013. *Průvodce v čase zármutku*. Hospic sv. Jana N. Neumanna. 35 stran. ISBN 978-80-904587-4-1
19. MOODY Raymond a ARCANGEL Dianne, 2005. *Život po ztrátě*. Praha: Knižní klub. 288 stran. ISBN 80-242-1363-X
20. MOŽNÝ Ivo, 1990. *Moderní rodina. Mýty a skutečnost*. Brno: Blok. 178 stran. ISBN 80-7029-018-8
21. NAVRÁTIL Josef, 2012. *Životní situace pozůstalých otců po smrti dítěte*. Diplomová práce. Masarykova Univerzita. Fakulta sociálních studií, Katedra sociální politiky. Brno. 124 stran.
22. PAŘÍZEK Antonín, 2009. *Kniha o těhotenství a dítěti*. Praha: Galén. 752 stran. ISBN 978-80-7262-594-9
23. RASTISLAVOVÁ Kateřina, 2015. *Psycho-spirituální péče porodní asistentky o ženu po perinatální ztrátě*. Dizertační práce. Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. 219 stran.
24. RASTISLAVOVÁ Kateřina, 2008. *Aplikovaná psychologie porodnictví: psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí: psychosomatická medicína: učební texty pro porodní asistentky*. 1. vydání. Praha: Reklamní atelier Area. ISBN 978-80-254-2186-4

25. RASTISLAVOVÁ Kateřina, 2014. *Psychosociální péče o ženy po perinatální ztrátě*. Praha: Dlouhá cesta. ISBN 978-80260-7134-1
26. ROSSOVÁ Elizabeth Kübler, 1994. *Otázky a odpovědi o smrti a umírání*. Turnov: Arica. 148 stran. ISBN 80-85878-12-7
27. ROZTOČIL Aleš a kol. 2008. *Porodnictví*. Brno: IPVPVZ. 405 s. ISBN 80-7013-339-2
28. SKUTIL Martin a kol., 2004. *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství*. Praha: Portál. 246 stran. ISBN 978-80-7367-778-7
29. ŠPAŇHELOVÁ Ilona, 2012. *Rodina po ztrátě dítěte*. Dlouhá cesta o.s., 2. vydání
30. ŠPAŇHELOVÁ Ilona, 2015. *Prázdná kolébka. Jak překonat ztrátu dítěte před porodem nebo těsně po něm*. Praha: Portál. 136 stran. ISBN 978-80-262-0942-3
31. ŠPATENKOVÁ Naděžda a kol., 2004. *Krizová intervence pro praxi*. Praha: Grada. 192 stran. ISBN 80-147-0586-9
32. ŠPATENKOVÁ Naděžda, 2006. *Jak řeší krizi moderní žena*. Praha: Grada. 153 stran. ISBN 80-247-1202-4
33. ŠPATENKOVÁ Naděžda et al., 2014. *O posledních věcech člověka*. Vybrané kapitoly z thanatologie. Praha: Galén. 315 stran. ISBN 978-80-7492-138-4
34. ŠPATENKOVÁ Naděžda, 2013. *Poradenství pro pozůstalé: principy, proces, metody*. 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada. 217 stran. ISBN 978-802-4737-362
35. ŠVECOVÁ Aneta, 2014. *Změny v rodinných vztazích po úmrtí dítěte očima pozůstalých matek*. Diplomová práce. Brno. Masarykova univerzita, FSS. 128 s.
36. TITL Slavoj, 2014. *Psychoanalytická párová terapie*. Praha: Portál. 264 s. ISBN 978-80-262-0701-6
37. VODÁČKOVÁ Daniela, 2002. *Krizová intervence*. Praha: Portál. 544 s. ISBN 80-7178-696-9

- 38.** VYMĚTAL Jan, 1995. *Duševní krize a psychoterapie*. Konfrontace. 88 s.
ISBN 80-901773-4-4
- 39.** VYMĚTAL Jan, 2003. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál. 391 s.
ISBN 80-7178-740-X
- 40.** WORDEN J. William, 2009. *Grief counselling and grief therapy: a handbook for the mental health practitioner*. 4Th edition, New York: Springer pub. ISBN 08-261-0120-8
- 41.** Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, č. 372/201Sb.

11. Přílohy

Příloha číslo 1:

Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu

Účel: Jste zván k účasti ve výzkumné studii, která je realizována pro bakalářskou práci na Evangelické Teologické Fakultě Univerzity Karlovy. Cílem této studie je zmapovat dopad perinatální ztráty na partnerský vztah. Je zaměřena na to, jak tato skutečnost změnila vaše prožívání partnerství. Zajímají nás Vaše názory a osobní zkušenosti spojené s tímto tématem.

Podmínky účasti: Seznámení se s informovaným souhlasem a stvrzení souhlasu s účastí ve výzkumu podpisem, souhlas pořízením audiozáznamu rozhovoru. **Rozhovor trvá cca 30-90 minut.**

Osoba, která realizuje výzkum:

Markéta Drahotová, e-mail: marketdraho@centrum.cz

Výzkum probíhá pod odborným vedením Mgr. Lucie Hubertové

Možná rizika: I když nejsou známa žádná konkrétní rizika spojená s touto studií, některé informace mohou být citlivé. **Kdykoliv tedy můžete odstoupit v průběhu natáčení rozhovoru nebo neodpovědět na položenou otázku, která je pro Vás nepříjemná.**

Možný zisk: Z účasti na výzkumu neplyne žádný přímý zisk kromě drobné symbolické odměny (vstupenka do kina). Výsledky výzkumu budou mít vědecký význam a budou z nich pravděpodobně profitovat i lidé, nacházející se v podobné životní situaci jako účastníci.

Anonymita: Data získaná v této studii jsou přísně anonymní. Všechna data jsou vedena pod kódem, ve výsledné publikaci pak pod jiným jménem. Audiozáznam bude po přepsání vymazán. Přepisy jsou vedeny a archivovány pod číselným kódem.

Právo vystoupit z účasti na výzkumu: Účastník má právo ukončit účast na výzkumu v jakékoliv fázi výzkumu do doby než je výzkum ukončen (publikace odborného textu, odevzdání bakalářské práce).

V případě jakýchkoliv dalších otázek spojených s účastí ve výzkumu je možné získat informace na těchto kontaktech: Markéta Drahotová, tel: 736 260 663, nebo e-mail: marketdraho@centrum.cz

Děkuji

Markéta Drahotová, výzkumník

Souhlasím s účastí ve výzkumu. Přečetl jsem si výše uvedené podmínky.

Podpis,

datum.....

Příloha číslo 2:

Otázky k rozhovorům

Výzkumná otázka: Jaké změny vyvolal prožitek perinatální ztráty ve vztahu obou partnerů?

Pomocné otázky:

1. Jaká byla životní situace partnerství a v manželství před smrtí dítěte, v období od počátku vzájemného vztahu?

- popsat vztah s manželem/manželkou před smrtí dítěte
- co bylo vaší největší životní náplní
- jaké byly vaše společné záliby, aktivity

2. Jakým způsobem, dle vašeho mínění, ovlivnila smrt dítěte váš vzájemný vztah? (Co začalo být jinak?)

- aktivity, které jste skončili nebo naopak nově začali (osobně každý zvlášť nebo i celá rodina)
- využili jste odborné pomoci? Jaké? Jak často a jak dlouho? Jak vám pomohla, nebo naopak nepomohla? Proč to dle vašeho názoru tak bylo?
- změna vztahu s partnerem, jak a v čem?
- společné vypořádání se se smutnou událostí, vzájemná komunikace, vnímali jste komunikační rozdíly...?

3. Jak se změnil váš vztah od smrti dítěte?

- změnil se váš vztah, váš postoj k životu? Vaše vnímání světa?
- máte sami za sebe pocit, že jste se nějak změnili?
- změnil se váš partner? Jak?
- co je pro vás teď v životě důležité?
- jak se tato změna promítla do rodiny?
- jak to bylo brzy, bezprostředně potom, jak je to teď?