Masarykova univerzita, Filozofická fakulta
Psychologický ústav
Studijní rok 2015/2016

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Sociální opora u žen se zkušeností perinatální ztráty

Bc. et Bc. Iva Klímová

Vedoucí diplomové práce: PhDr. Katarína Millová, Ph.D.

Brno 2016

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně a uvedla v ní veškerou literaturu a jiné prameny, které jsem použila.

V Brně dne 28.4.2016 ……

Podpis

Poděkování

Ráda bych poděkovala PhDr. Kataríně Millové, Ph.D., za její vlídné vedení, vstřícnost, pečlivost a podnětné připomínky po celou dobu práce. Dále děkuji své krásné dceři Žofii, která přestože tu s námi byla jen krátkou dobu, mě mnohému naučila. Svému synovi Františkovi děkuji za tu ohromnou radost, kterou do mého života vnesl. Velké díky patří mému manželovi, za jeho neutuchající oporu a vytvoření podmínek pro psaní této práce. Za podporu a cenné připomínky v průběhu psaní děkuji své kamarádce Kláře. V neposlední řadě patří mé poděkování také všem ženám, které se se mnou podělily o svůj nelehký příběh.

Obsah

I. ÚVOD 7

II. TEORETICKÁ ČÁST 8

1 Perinatální ztráta 8

1.1 Vymezení základních pojmů 8

1.2 Perinatální úmrtnost v ČR 9

1.3 Prožitek perinatální ztráty 9

2 Truchlení 11

2.1 Fáze truchlení dle Elisabeth Kübler-Rossové 14

2.2 Fáze truchlení dle Vereny Kastové 14

2.3 Specifika truchlení v případě perinatální ztráty 16

2.3.1 Faktory komplikující truchlení 17

2.3.2 Ochranné faktory 18

2.4 Rozdíly v truchlení matek a otců 19

3 Intervence napomáhající vyrovnání se s perinatální ztrátou 21

3.1 Přístup zdravotnického personálu 21

3.2 Rituály rozloučení 23

3.2.1 Pohřeb 24

3.2.2 Hrob 24

3.2.3 Památka 24

3.3 Poradenství a pomoc pozůstalým rodičům 25

3.3.1 Krizová intervence 26

3.3.2 Psychologická a psychoterapeutická péče 27

3.3.3 Lékaři-zdravotnický personál 27

3.3.4 Laická pomoc 28

3.3.5 Svépomocné skupiny 28

3.3.6 Organizace zabývající se perinatální ztrátou 29
4 Sociální opora 30
4.1 Vymezení sociální opory 30
4.2 Klasifikace sociální opory 33
4.3 Působení sociální opory 35
4.3.1 Negativní vliv sociální opory 37
4.4 Sociální opora u pozůstalých 38
4.5 Sociální opora v případě perinatální ztráty 40
5 Shrnutí teoretické části 42
III. EMPIRICKÁ ČÁST 43
6 Metodologie výzkumu 43
6.1 Výzkumný problém a cíl 43
6.2 Výzkumný postup (design studie) 43
6.3 Vlastní reflexe tématu 43
6.4 Použité výzkumné metody 44
6.4.1 Polostrukturovaný rozhovor 44
6.4.2 Dotazník sociální opory 46
6.5 Postup a organizace sběru dat 46
6.6 Charakteristika výzkumného souboru 48
6.7 Etika výzkumu 49
6.8 Způsob zpracování dat 49
7 Výsledky výzkumu a jejich analýza 51
7.1 Rozhovory 51
7.1.1 Výzkumná otázka č. 1: Jaká je zkušenost žen s rozloučením s dítětem po perinatální ztrátě? 51
7.1.2 Výzkumná otázka č. 2: Dostalo se ženám potřebné pomoci a od koho? 61
7.1.3 Výzkumná otázka č. 3: Co ženy od svého okolí nejvíce potřebovaly? 80

7.1.4 Výzkumná otázka č. 4: Co dalšího ženám pomáhalo jejich situaci zvládat? 84
7.1.5 Výzkumná otázka č. 5: Co adaptaci na ztrátu dítěte zhoršuje? 92
7.2 Dotazník sociální opory 100
8 Diskuze 107
8.1 Limity 114
IV. ZÁVĚR 116
V. LITERATURA 117
VI. PŘÍLOHY 124

I. ÚVOD

Smrt patří v naší společnosti stále ještě k hluboce tabuizovaným tématům. Je odsouvána na okraj zájmu, nemluví se o ní, chybí s ní spojené rituály. Když zemře ještě nenarozené dítě, je situace o to náročnější. Mnohými lidmi není doceněna hloubka této ztráty, jiní nevědí, jak k rodičům v takové situaci přistupovat. Přestože perinatální ztráta potká v České republice ročně okolo 400 rodičů, jedná se o téma, o kterém se stále moc nemluví. A v mnohých porodnicích dosud chybí postupy, jak se v takové situaci k rodičům zemřelého dítěte chovat a jak je podpořit v možnosti rozloučení. Vzhledem k tomu, jak pokročila medicína a péče o nenarozené děti, žije mnoho lidí v iluzi, že dnes již děti v pozdější fázi těhotenství téměř neumírají. O to větší je to šok, o to víc zmateně, podvedeně a překvapeně se žena, potažmo oba rodiče, mohou cítit, když k takové situaci dojde. Hloubka této bolesti je nesmírná, a pro toho, kdo nezažil, může být obtížně pochopitelná. Ačkoliv se jedná o ještě nenarozené dítě, v myslích rodičů je to již člen jejich rodiny, se kterým počítají a plánují společnou budoucnost. Kromě bolesti, kterou tato nesmírná ztráta rodičům způsobí, se mnohdy musí vyrovnávat také s necitlivým přístupem okolí. A to bohužel nejen laiků ze strany jejich přátel a rodiny, ale mnohdy i odborníků z řad zdravotníků a psychologů.

Tato práce by ráda přispěla k většímu povědomí o perinatální ztrátě. Klade si za cíl, zmapovat jaké jsou zkušenosti žen v této obtížné situaci. Zda se jim dostalo potřebné opory a kde ji hledaly. Co v dané situaci od svého okolí nejvíce potřebovaly, co jim pomáhalo a co naopak. Rádi bychom poskytli informace a možnou inspiraci, jak se k ženám po perinatální ztrátě chovat. Zaměřili jsme se především na to, jak k ženám může přistoupit jejich nejbližší okolí, jejich rodiny, přátelé. Ale zmíníme se i o přístupu ze strany odborníků, a to jak zdravotníků, tak psychologů. I přes nejmodernější techniku a obrovský posun medicíny nejsme schopni zabránit tomu, aby děti umíraly. Ale můžeme svým přístupem, zájmem a podporou přispět k tomu, aby ženy, a celé jejich rodiny, prošly tímto náročným obdobím co možná nejlépe a mohly z této zkušenosti vyjít posílené.

II. TEORETICKÁ ČÁST

1 Perinatální ztráta

1.1 Vymezení základních pojmů

V této části práce vymezíme základní teoretické pojmy a souvislosti týkající se perinatální ztráty.

Perinatální období je období vztahující se k době okolo porodu. Dle Světové zdravotnické organizace začíná perinatální období dokončeným 22. týdnem těhotenství a končí 7. den po porodu („Maternal and perinatal health“).

Perinatální úmrtnost je mezinárodně uznávaný ukazatel perinatální péče. Pro její vyjádření se užívá součtu mrtvorozenosti a časné novorozenecké úmrtnosti („Perinatální mortalita v České republice“, 2015).

Časná novorozenecká úmrtnost je úmrtí v průběhu prvních 7 dnů po narození. Za dolní hranici je pro statistické účely považována hmotnost novorozence 500 gramů. Časná novorozenecká úmrtnost (ČNU) se vypočítá jako počet dětí zemřelých do 7 dní po porodu k počtu dětí živě narozených. Hodnota ČNU je uváděna v promile.

Mrtvorozenost je podíl mrtvě narozených dětí ze všech narozených. Vypočítá se jako počet mrtvě narozených dětí během kalendářního roku na 1000 všech narozených během téhož roku (Vokurka & Hugo, 2005).

Syndrom mrtvého plodu zahrnuje dle novely Zákona o zdravotních službách z roku 2011 (Zákon č. 372/2011) všechna úmrtí v těhotenství a během porodu, při nichž se narodí plod o hmotnosti vyšší než 500 g bez známek života (srdeční akce, pohyb, dech a křik). V případě, že není možné určit porodní hmotnost, plod narozený po dokončeném 22. týdnu těhotenství. Než vstoupila v platnost tato novela, byly jako mrtvorozené vykazovány plody s hmotností nad 1000g (Binder, 2007; Hájek, 2004).

Plodem po potratu je plod, který po úplném vypuzení nebo vynětí z matčina těla neprojevuje ani jednu ze známek života a současně jeho porodní hmotnost je nižší než 500 g, případně je těhotenství kratší než 22 týdny (Zákon č. 372/2011, paragraf 82, odstavec 2).

Index perinatální úmrtnosti je součet počtu mrtvě narozených dětí a počtu dětí zemřelých do 7 dnů života z 1000 celkem narozených v témže kalendářním roce (Vokurka & Hugo, 2005).

Perinatální ztráta je tedy úmrtí dítěte v perinatálním období. Pro účely této práce je perinatální ztráta dítěte chápána jako spontánní úmrtí plodu mezi 20. gestačním týdnem a porodem.

1.2 Perinatální úmrtnost v ČR

Česká republika patří mezi země s nejnižší perinatální úmrtností na světě (Štembera & Velebil, 2003). Počet úmrtí během porodu se díky monitorování a prenatální diagnostice snížil na 0,1‰. Mrtvorozenost stagnuje a již několik let kolísá mezi 2-3 ‰ (Berman, 2009; Hájek, 2004). Což vzhledem k počtu narozených dětí znamená, že ročně zemře cca 300 dětí.

Dle informací ústavu zdravotnických informací (ÚZIS) z roku 2013 klesla perinatální úmrtnost a to jak poklesem mrtvorozenosti, tak časné novorozenecké úmrtnosti. Mrtvorozenost se však snížila pouze zdánlivě, vlivem chybějících dat o počtu mrtvorozených. Dle údajů ÚZIS byla hodnota mrtvorozenosti pro rok 2013 2,15 ‰, ale Český statistický úřad (ČSÚ) uvádí výrazně vyšší hodnotu – 3,42 ‰, což odpovídá počtu 360 zemřelých dětí (ÚZIS, 2013).

1.3 Prožitek perinatální ztráty

Smrt dítěte je pro rodiče vždy těžkou ztrátou a přijmout ji je velmi obtížné. Jedná se o naprosto nepřirozenou, nepochopitelnou a nečekanou událost (Kubíčková, 2001). Smrt dítěte ještě před jeho narozením je vnímána jako porušení přirozeného řádu věci (Davis, 1996). Přestože smrt ke zrození odjakživa patří, nikdo na ni není připraven. Narození dítěte je vnímáno jako naplnění velkého očekávání. Toto je ještě umocněno tím, že rodičovství je v dnešní době odkládané a velmi plánované. Narození mrtvého dítěte má tak pro rodiče velmi bolestný dopad (Křemenová, 2009). Rodiče zahrnují své dítě do budoucích plánů, do svého současného života, žije v jejich představách. Jeho smrt pro ně představuje konec snů, nadějí, plánů, ztrátu potenciální budoucnosti. Rodiče, u nichž se jednalo o první dítě, ztrácí i svou rodičovskou identitu (Callister, 2006; Kohnerová & Henleyová, 2013). Ztráta mateřské role je mimořádná. U žen se objevují pocity

selhání v jejich základním poslání, dochází ke ztrátě sebevědomí, objevuje se naštvání na tělo, které je zradilo (Křemenová, 2009). Výše uvedené potvrzuje i studie provedená na Tchaj-wanu, kde byla u žen po prožitku perinatální ztráty identifikována tato čtyři hlavní témata (1.) **ztráta kontroly**, (2.) **zničené sny,** (3.) **otřesené já**, (4.) **pocit, že je se mnou něco špatně** (Hsu, Tseng, Banks, & Kuo, 2004). Perinatální ztráta je spojena s celou řadou kognitivních, emocionálních, spirituálních a fyzických projevů (Cacciatore, 2013).

Bezprostředně po úmrtí dítěte se u rodičů vyskytují velmi bouřlivé emoce: smutek, hněv, obavy, pocity viny i naprostého zoufalství. Často trpí dojmem vyloučení, vyřazení, velkého osamocení nebo dokonce potrestání. Někdy mají dojem, že před sebou již nemají žádnou budoucnost (Brierley-Jones, Crawley, & Lomax, 2015; Kohnerová & Henleyová, 2013).Častý bývá **hněv**, který rodiče pociťují vůči sobě, partnerovi či osudu. Někdy obviňují také zdravotnický personál, že smrti dítěte nezabránil (Špatenková, 2006). Hněv bývá projevem zmatku a ohromení, neboť rodiče považují smrt dítěte za nepochopitelnou a jde o naprostý opak toho, co očekávali (Kohnerová & Henleyová, 2013).

Běžné je v této situaci hledání viníka. Rodiče se často cítí zodpovědní za to, co se stalo. Silné pocity **viny** se objevují především u žen, které mohou mít pocit, že o dítě dostatečně nepečovaly. Stává se, že si vybavují konkrétní událost, o které jsou přesvědčeny, že může za smrt jejich dítěte. Někdy se ženy obviňují v případech, kdy bylo těhotenství neplánované. Mohou tak mít pocit, že smrt dítěte je následek jejich negativního postoje (Davis, 1996; Kohnerová & Henleyová, 2013). Pocity viny se objevují o to intenzivněji, jestliže nedošlo k objasnění příčiny smrti dítěte (Čepický, 1999).

Čepický (1999) uvádí fáze, jakými rodiči na skutečnost perinatálního úmrtí reagují. (1.) Jako první se dostavuje **šok**, období kdy člověk nemůže uvěřit tomu, co se stalo. (2.) Poté přichází **období akutního zármutku**, kdy se dostavují bolestné emoce. V této fázi může být přítomný pláč, zoufalství a téměř až halucinatorní myšlenky na dítě. (3.) Postupně dochází k **návratu k obvyklým aktivitám**, ale běžné fungování života je narušené. (4.) V posledním období dochází k **akceptaci smrti dítěte.** Objevuje se plánování budoucnosti, stabilizují se rodinné vztahy. Smutek se již dostavuje převážně ve spojitosti s určitými událostmi (vzpomínky na porod, různá výročí). Dle Davisové (1996) je však podstatné vědět, že délka

procesu vyrovnávání se s perinatální ztrátou je různá a nemá žádné časové omezení. Více o procesu truchlení uvedeme v následující kapitole.

2 Truchlení

Truchlení je reakcí na smrt blízkého člověka. K truchlení však může docházet i u jiných významných ztrát, například ztráta zaměstnání, rozchod s partnerem (Baštecká, 2005). Kastová (2000) mluví o truchlení, jako o procesu, pomocí kterého se odpoutáváme od člověka, kterého jsme milovali a ztratili a díky němuž, se znovu dostáváme k tomu, abychom žili svůj vlastní život. Dle Kohnerové a Henleyové (2013) je truchlení potřebné a má hojivý účinek. Je také možné vnímat truchlení jako šanci. Pokud se totiž podaří tento proces zvládnout, posílí to sebevědomí, člověk získá intenzivnější kontakt se svými emocemi a také se to může pozitivně odrazit v oblasti vztahů (Kast, 2000). U truchlícího dochází k proměně postojů, chování, cílů (Baštecká, 2013).

Truchlení je významný psychologický proces, potřebný k tomu, aby se člověk se ztrátou vyrovnal, aby mohlo dojít k vytvoření jeho nové identity a nového vztahu ke světu (Kast, 2015; Kupka, 2014; Vymětal, 2003). Projít tuto cestu však není jednoduché. Úspěšný výsledek truchlení je závislý na osobnosti daného pozůstalého, na jeho životních zkušenostech, na účinnosti podpory, které se mu dostává (Ratislavová, 2008).

Randová (1994, cit. dle Cacciatore 2013) popisuje průběh truchlení složený ze šesti vzájemně se ovlivňujících procesů:

1. Rozpoznání ztráty: potvrdit smrt a porozumět jejím následkům.
2. Reagování na ztrátu, a to jak na primární, tak na následné sekundární ztráty. Prožití bolesti, identifikace, přijetí a vyjádření emocí týkajících se žalu.
3. Vzpomínání na zemřelého a vztah s ním. Zahrnutí všech (i negativních) aspektů vztahu.
4. Vzdání se představ o světě, jaký býval dříve.
5. Přizpůsobení se novému světu bez zemřelého.
6. Investování energie do nové identity či života.

Zármutek bývá proměnlivý a může mít mnoho podob. Někdy dokonce nemusí být vůbec projevován. *„Průběh truchlení není jednobarevný, spíš jde*

o drama, na jehož konci může, ale nemusí být přijetí ztráty či smíření se s ní" (Gjuričová & Kubička, 2009, str. 216). Baštecká (2005) mluví o tom, že je důležité poskytnout truchlícímu dostatek času. Délka truchlení se odvíjí i od vztahu k zemřelému. Dle Pera a Weinerta (1996) záleží intenzita zármutku více na osobnosti jedince, který ztrátu prožívá, než na druhu ztráty.

Během truchlení na člověka doléhá mnoho intenzivních a často protichůdných pocitů (zmatek, neklid, strach, radost, šok, hněv, vina, vděčnost, zoufalství osamělost, zmatenost). Truchlení se projevuje také na tělesné úrovni (únava, poruchy spánku, bušení srdce, nechutenství, poruchy koncentrace atd.) (Davis, 1996). Jak uvádí Špatenková (2013), u pozůstalých kromě silné emoční reakce dochází také k nabourání pocitu vlastní identity, pocitu vlastní integrity, vztahů s jinými lidmi a bortí se také jejich přesvědčení o stabilitě a bezpečnosti světa.

Základním prožitkem charakterizujícím truchlení je osamělost. A to i v případě, kdy truchlí více osob společně. Vzhledem k jedinečnosti prožívání si totiž každý nese svůj smutek i svou bolest sám (Pera & Weinert, 1996). Baštecká (2013) zmiňuje, že každý potřebuje v daném čase řešit, či vyjadřovat něco jiného. Z tohoto důvodu může někdy proces truchlení danou rodinu (či skupinu, které se týká) rozdělovat. V rodinách může nastat situace, kdy jsou všichni ponořeni do svého truchlení, takže nemají kapacitu podporovat druhé. Také struktura a fungování celé rodiny může být smrtí narušena tak, že se stává dysfunkční. Kromě nových problémů může úmrtí člena rodiny vést k otevření dosud nevyřešených problémů nebo vyostření těch současných. Rodina v takovém případě není zdrojem účinné pomoci, neboť sama potřebuje pomoc (Špatenková, 2013). V tu chvíli nabývají na významu vzdálenější zdroje opory například kamarádi, kolegové, sousedi, ale také duchovní či psychologové (Baštecká, 2013).

Mezi faktory, podporující normální smutek a truchlení jsou považovány především rituály (pohřeb a vzpomínkové obřady), možnost pozůstalých hovořit o jejich ztrátě a jejím významu, sociální opora a také kulturní vlivy umožňující vyjádření smutku. Může však také docházet ke **komplikovanému truchlení**. Reakce, které se objevují, se od nekomplikovaného truchlení liší svou intenzitou a délkou trvání (Kupka, 2014).

Komplikované truchlení lze očekávat při výskytu následujících faktorů:

1. **Okolnosti úmrtí:** Smrt, která je náhlá, předčasná, neočekávaná či strašlivá. U pozůstalého se objevují pocity viny či výčitky svědomí, neboť může mít dojem, že mohl smrti zabránit.
2. **Charakteristika vztahu mezi zemřelým a pozůstalým:** Svou roli hraje to, nakolik byl zemřelý člověk pro pozůstalého důležitý. Komplikované mohou být vztahy, které mají ambivalentní základ. Problematické truchlení se často objevuje po smrti dítěte.
3. **Charakteristiky pozůstalého:** Truchlení komplikují dřívější nezpracované ztráty, závislosti, psychopatologie či zdravotní problémy. Obtíže se mohou vyskytovat u lidí, kteří mají problém s vyjadřováním emocí, nízkou míru frustrační tolerance.
4. **Sociální okolnosti:** Nedostatečná či dokonce chybějící sociální opora, nedostatek či redukce sociálních rolí (Kupka, 2014; Špatenková, 2013).

Tang (2006, cit. dle Baštecká, 2013), uvádí následujících šest faktorů, které pozůstalým ztěžují vyrovnávání se se smrtí blízkého: (1.) náhlost a nepředvídatelnost; (2.) násilí, zohavení a zničení; (3.) smrti šlo předejít nebo je její způsob málo běžný; (4.) ztráta dítěte; (5.) vícenásobná smrt; (6.) setkání přeživšího se smrtí.

Řada autorů mluví o tom, že truchlení, je individuální proces, u kterého není možné nijak hodnotit, posuzovat či určovat jeho správný průběh. Například Pera a Weinert (1996) říkají, že neexistuje „normální“ průběh smutku, ani žádné objektivní kritérium pro jeho ukončení. Gjuričová a Kubička (2009) upozorňují na to, že vnímání truchlení jako procesu s jasně danými stádii, může vytvářet normativní přesvědčení, že to takto bývá či dokonce musí být. Baštecká (2013) dále dokládá, že od modelů truchlení, které jsou platné pro všechny, se v poslední době upouští a do popředí se dostává individuální provázení daného pozůstalého, podpora jeho cesty a jeho způsobu truchlení.

Stadiální modely truchlení nejsou považovány za vhodné, i proto že pozůstalým „předepisují“ jak dlouho by měly truchlit a jak by jejich truchlení mělo vypadat. Přesto však mohou přinést do problematiky truchlení určitý vhled a být pomocníkem při práci s pozůstalými. Proto zde pro úplnost popíšeme

pravděpodobně nejznámější stadiální model truchlení od Kübler-Rossové a dále fáze truchlení, jak je popsala Verena Kastová (Kast, 2000; Kübler-Rossová, 1992).

2.1 Fáze truchlení dle Elisabeth Kübler-Rossové

Asi nejznámějším stadiálním modelem ztráty je pět stádií smutku, jak je popisuje Elisabeth Kübler-Rossová. Tento model byl vytvořen na základě mnoha rozhovorů s umírajícími pacienty. Poprvé ho Kübler-Rossová publikovala v roce 1969 ve své knize On death and dying (O smrti a umírání), jako model, jak se lidé vyrovnávají s diagnózou smrtelné nemoci. Postupně začal být používán i pro proces, kterým prochází pozůstalí.

1. **stádium: Popření a izolace.** Jedná se o stádium, kdy se dostavuje šok. Lidé odmítají uvěřit skutečnosti, popírají, že by se mohla týkat jich. Vnímají ji jako nějaký omyl či nedorozumění. Popírání reality je zde možné vnímat jako jakýsi nárazník, tlumící nečekanou zprávu a umožňující člověku nabrat síly a postupně zmobilizovat jiné obranné strategie.
2. **stádium: Zlost.** Poté, co si člověk situaci připustí, objevují se u něho intenzivní pocity jako zlost, vztek, závist. Objevuje se otázka: *„Proč zrovna já?“*. Běžná je agrese, člověk může být naštvaný na celý svět, někdy také na Boha. Tyto pocity mohou být obtížně přijatelné pro jedincovo okolí.
3. **stádium: Smlouvání.** Jedná se o poměrně krátké období, kdy člověk smlouvá o čas, o prodloužení života. Objevuje se hledání způsobů, jak smrti magicky nebo rituálně zabránit.
4. **stádium: Deprese.** Dostavuje se hluboký pocit smutku, člověk si uvědomuje blížící se smrt.
5. **stádium: Akceptace.** U nemocného, který měl dostatek času, a podařilo se mu projít předchozí stádia, nastává smíření se s osudem. Člověk, který prožil ztrátu, hledá novou podobu svého života (Gjuričová & Kubička, 2009; Kübler-Rossová, 1992).

2.2 Fáze truchlení dle Vereny Kastové

Zde představíme fáze truchlení, jak je popsala Verena Kastová, švýcarská psychoanalytička. Tyto fáze se mohou překrývat a opakovat. Kastová (2000)

upozorňuje také na problémy, které se v jednotlivých fázích truchlení mohou objevovat.

1. **Fáze popření**

V prvním období, které může trvat hodiny, dny či týdny, se u člověka objevuje pocit nereálnosti ztráty. Dochází ke strnulosti, ztrátě schopnosti vnímat, cítit. Jedinec musí žít dál, jako by smrt nenastala.

Problémy, které mohou v této fázi nastat, popisuje Kastová (2000) takto:

a) Život jde dál, jako by se nic nestalo.
b) Ztráta se odštěpí, nastává prázdnota.
c) Potřeba vyhnout se zármutku.

2. **Fáze propukajících emocí**

Jedná se o období, kdy jedinec prožívá řadu emocí. Objevuje se hněv, pocit opuštěnosti, úzkost, bolest ze ztráty, pocity viny, strach, někdy však také radost. Kromě toho se mohou vyskytovat také poruchy spánku, neklid, patrná je vyšší náchylnost k infekcím. Zvládnout tento emoční chaos může být velmi náročné.

Problémem může být, že emoční bouře bývají akceptovány jen na začátku truchlení. Nepřijaté pocity mohou být potlačovány, následně se objevuje hněv a pocity viny.

3. **Fáze hledání, nalézání a odpoutávání**

V této fázi dochází k tomu, že pozůstalí intenzivně myslí na zemřelého. Hledají ho ve snech, fantazii, na fotografiích či ve vyprávění. Znovu prožívají život se zesnulým ve vzpomínkách, radují se z pěkných chvil. Dle Kastové je však důležité nezapomínat ani na problémy a obtížné situace. Důležité je hledat, co jim zesnulý do života přinesl, co v nich zanechal.

Problémy v této fázi popisuje Kastová (2000) takto:

a) Hledání sebe samého se stává tak intenzivním, aby se člověk vyhnul nutnosti odpoutat se.
b) Ztráta není akceptována.
c) Na místo zemřelého nastupuje bolest.

4. **Fáze nového vztahu k sobě a ke světu**

V této fázi dochází k akceptaci ztráty. Člověk se zbavuje bolesti ze ztráty a opět se přibližuje k druhým lidem, i okolnímu světu. Problémem může být, že se málo

bere v úvahu „komplex opouštění“ a zapomíná se na to, že truchlení je proces, který je možné opětovně vyvolat (Kast, 2000).

2.3 Specifika truchlení v případě perinatální ztráty

Přijmout realitu smrti je obtížné vždy, obzvláště pak, jedná-li se o smrt dítěte. Ta bývá prožívána jako nejvíce nespravedlivá ze všech ztrát a smutek po ní bývá traumatičtější, hlubší a trvá déle než jakýkoli jiný zármutek (McLarenová, 2007). Přijetí této reality je první etapou truchlení. Pro mnoho rodičů začíná otázkami: *Proč se to stalo? Co se pokazilo? Podíleli jsme se na tom nějak? Dalo se tomu zabránit?* (Kohnerová & Henleyová, 2013).

Smrt dítěte před narozením znamená konec nadějí a snů, které rodiče měli. Rodiče zažívají velmi intenzivní emoce, které se mohou rychle měnit. Kromě běžných symptomů truchlení se u rodičů po perinatální ztrátě objevuje pocit **prázdné náruče.** Někteří rodiče také prožívají iluze, že své dítě viděli či slyšeli (Davis, 1996).

Jak uvádí Worden (2013), v případě perinatální ztráty truchlí rodiče více nad tím co mohli mít, než nad tím co ztratili. Truchlení v případě mrtvě narozeného dítěte je obtížné a odlišné tím, že vlastně neexistuje skutečný objekt truchlení. Jelikož dítě nežilo mimo dělohu, chybí rodičům vzpomínky, které by jim pomohly lépe přijmout realitu ztráty. Celá situace je ještě komplikovanější, pokud rodiče po porodu nemají možnost své dítě vidět a rozloučit se s ním. Pomoci postavit se bolestné realitě ztráty a zahájit truchlení pomáhá naopak co největší kontakt s jejich dítětem (Enkin, 1998). Podrobněji je o tomto tématu pojednáno ve 3. kapitole - Intervence napomáhající vyrovnání se s perinatální ztrátou. Přijetí reality a konečnosti toho, co se událo, je první etapou truchlení.

Kohnerová a Henleyová (2013) upozorňují na to, že pro rodiče, kteří ztratili dítě, neexistuje žádný modelový zármutek či časový plán truchlení a že projít procesem truchlení trvá jednotlivým rodičům různou dobu. Truchlení bývá pro rodiče často delší a obtížnější než předpokládali. Badenhorst a Hughesová (2007) uvádí, že rodiče prožívají žal až po dobu dvou let, avšak u většiny z nich nastává zlepšení nálady již šest měsíců po ztrátě.

2.3.1 Faktory komplikující truchlení

Proces truchlení v případě perinatální ztráty může komplikovat řada faktorů. Jedním z nich bývá někdy se objevující tendence **„na vše zapomenout“**, vytěsnit vzpomínky vážící se k porodu mrtvého dítěte. Ale nezpracovaný, potlačovaný či skrývaný žal rodičům neuleví a může se později rozvinout do podoby patologického zármutku (Kubíčková, 2001).

Truchlení může stěžovat také fakt, že **ostatní lidé nepřikládají ztrátě dítěte takový význam.** Očekávání smutku spojené s perinatální ztrátou ve společnosti znatelně chybí (Callister, 2006). To může vést k tomu, že se rodiče snaží své pocity potlačovat, protože je pro ně těžké truchlit pro dítě, které ostatní neberou na vědomí (Kohnerová & Henleyová, 2013). Cacciatorová (2009) upozorňuje na to, že existuje diskrepance mezi tím, jak je přijímán smutek následující po narození mrtvého dítěte ve srovnání s tím, když zemře dítě, které nějakou dobu žilo. Matky, které porodily mrtvé dítě, bývají opomíjenou skupinou truchlících (Kubíčková, 2001). Uznání významu ztráty a svobodný prostor pro truchlení je pro matky velmi významné (Jones, 1997).

Obtížné může být **najít vhodného komunikačního partnera**, protože mnohým lidem je toto téma nepříjemné (Kubíčková, 2001) a rodiče nechtějí ostatní svými prožitky zatěžovat a rozrušovat (Kohnerová & Henleyová, 2013). Kubíčková (2001) uvádí, že v takových případech by vhodným partnerem mohl být poradce nebo terapeut. Dle Wordena (2013) si lidé mnohdy myslí, že rodiče o zemřelém dítěti mluvit nechtějí, ale většinou je tomu přesně naopak. Pro rodiče je důležité o své ztrátě mluvit a dávat svým způsobem a ve vhodný čas své pocity najevo. Někdy mohou rodiče volit jiný způsob, jak svůj žal vyjádřit. Může se jednat například o psaní deníků, básní, vypsání se ze svého příběhu (Kohnerová & Henleyová, 2013). Možnost otevřeně o zemřelém dítěti mluvit má pozitivní vliv na psychické zdraví žen (Surkan, Radestad, Cnattingius, Steineck, & Dickman, 2009).

Špaňhelová (2015) mezi faktory komplikující truchlení řadí **problematický partnerský vztah** nebo **problematický vztah k blízké rodině**, neboť pozůstalému rodiči tak může chybět někdo, s kým by mohl s důvěrou probrat své pocity. Ztěžovat truchlení může také to, pokud se jednalo o **těhotenství po umělém oplodnění** nebo mu předcházely **opakující se potraty** či **předčasný porod.**

Kerstingová a Wagnerová (2012) identifikovaly následující prediktory komplikovaného truchlení: **nedostatek sociální opory**, **předchozí problémy ve vztahu**, **nepřítomnost žijícího dítěte** a **ambivalentní postoj k těhotenství**. Obzvláště vysoké riziko komplikovaného truchlení je patrné po ukončení těhotenství z důvodu vývojových abnormalit plodu.

Truchlení mohou komplikovat také některé velmi zakořeněné mýty, jak je uvádí Špatenková (2006).

a) ***„Pohřeb jen znovu připomíná a oživuje tragédii.“*** Pohřeb je významným mezníkem v procesu truchlení, je oficiálním rozloučením s někým, koho jsme milovali a koho jsme ztratili.
b) ***„Pohřbívat mrtvě narozené dítě nebo novorozence je nesmysl.“*** Rituál pohřbu má svůj význam i u takto malých dětí. Pokud pohřeb neproběhne, klade si mnohdy matka otázky: *„Co se stalo s mým dítětem? Kde je moje dítě?"*
c) ***„Kondolence je zbytečná, truchlící matka stejně nic nevnímá.“*** Kondolence je významnou součástí procesu truchlení. Truchlící ji nejlépe přijímají v době okolo pohřbu.
d) ***„Sdílení tragédie s jinými lidmi napomáhá zotavení.“*** I přesto, že je matka obklopena lidmi, může se cítit sama či v izolaci.
e) ***„Není vhodné mluvit s matkou o jejím mrtvém dítěti.“*** S matkou je o jejím dítěti vhodné mluvit, avšak měla by to být ona, kdo rozhoduje o tom, kdy, s kým a nakolik chce o dítěti hovořit.

2.3.2 Ochranné faktory

Některé faktory mohou mít v procesu truchlení a vyrovnávání se s krizí podpůrný efekt. Znalost těchto faktorů je podstatná proto, aby zdravotnický personál mohl rodičům poskytnout účinnou a adekvátní pomoc a podporu. Jedná se o následující vlivy:

a) **Sociální opora:** od partnera a blízkého okolí, významná je také možnost sdílení pocitů se ženami s obdobnou zkušeností.
b) **Informační podpora:** kontakty na odborníky, informace o úředních postupech atd.

c) **Podpora od ošetřujícího personálu:** důležitý je respekt zdravotníků k prožívání ztráty, přiměřená komunikace, podpora procesu truchlení.
d) **Odborná psychologická pomoc.**
e) **Spiritualita a víra** (Borůvková, Hoskovcová, & Hrušková, 2015).

2.4 Rozdíly v truchlení matek a otců

Smrt dítěte otřese rodiči v nejzákladnějších stránkách jejich identity. To, jak ženy a muži projevují zármutek, bývá částečně ovlivněno genderovými vzorci chování a prožívání. Na muže bývá již od útlého dětství vyvíjen tlak, aby smutek neprojevovali. Naopak u žen jsou tyto projevy očekávány a tolerovány (Gjuričová & Kubička, 2009). Proto se může zdát, že ztrátou dítěte jsou více raněny matky. Je to však dáno spíše tím, že projevy zármutku u žen jsou více viditelné. Ženy mají potřebu plakat, svůj zármutek vyjadřovat a sdílet. Truchlení mužů bývá spíše skryté. Muži se rozhovorům o svých pocitech vyhýbají, často unikají do pracovních povinností (Gjuričová & Kubička, 2009; Kubíčková, 2001). Také Worden (2013) mluví o tom, že otcové mají potřebu truchlit a truchlí. Často se však jejich truchlení odehrává mlčky, v soukromí. Na muže je stále vyvíjen tlak, aby byli v době krize silní. Ratislavová (2008) mluví o tzv. **dvojitém břemeni**, které muži nesou. Kromě svého zármutku trpí také tím, že trpí jejich partnerka. Mohou také mít pocit, že by měli být ochránci své ženy a starat se o praktické záležitosti. Jsou na ně kladeny požadavky doma i v zaměstnání. Jim samotným se většinou dostává jen malé sociální opory (Worden, 2013). To může u některých mužů vést k tomu, že se stáhnou do sebe nebo se zahrnou řadou úkolů, které se smrtí dítěte nesouvisí. Pomoci může, pokud si mohou muži o tom, co prožívají, promluvit s jinými otci, kteří prožili podobnou situaci (Ratislavová, 2008).

Ratislavová (2008) uvádí, že u mužů může docházet ke konfliktu rolí:

a) **role silného muže**: je třeba být statečný, vydržet to, nejsem slaboch, chlapi přeci nepláčou
b) **role muže ochránce**: muž má pocit, že neochránil dítě před smrtí a nyní není schopen ochránit rodinu před žalem
c) **role soběstačného muže**: nemožnost připustit si své pocity a zabývat se jimi

d) **role živitele**: potřeba zajistit rodinu, navrátit se do práce, tam však může docházet k pocitům selhání a tím další emoční zátěži

U žen se často objevuje silná potřeba o tom, co se stalo mluvit, vyjadřovat své pocity. Někdy se také mohou objevovat pocity viny, výčitky nebo bezdůvodné obviňování partnera ze ztráty dítěte (Kubíčková, 2001). V případě, kdy každý z partnerů potřebuje truchlit odlišným způsobem, může docházet ke vzájemnému nedorozumění a pro druhého může být obtížné to přijmout a pochopit (Kohnerová & Henleyová, 2013). Rozdílné projevy zármutku mohou mezi rodiči vyvolávat napětí, bývá obtížné se do druhého vcítit a přijmout jeho pocity. Toto neporozumění může vést až k rozpadu vztahu. Důležité je uznání a respekt ke vzájemným odlišnostem. Proto Gjuričová a Kubička (2009) upozorňují, že je potřeba se partnerství věnovat, protože dobrý vzájemný vztah je v této náročné situaci velmi významný pro hledání naděje. Davisová (1996) doporučuje zajímat se o svého partnera, o to co cítí a potřebuje.

Smrt dítěte je jedinečná nečekaná situace a jako taková může vyvolat závažnou partnerskou a rodinnou krizi často s katastrofálními důsledky ve všech stránkách rodinného soužití - ve struktuře rodiny, jejích hranicích, rolích, pravidlech, způsobech komunikace, ve vztazích s okolím (Špatenková, 2004). To jak pár tuto náročnou situaci zvládne je velmi individuální. U některých rodičů může zármutek vést ke vzájemnému sblížení, protože jsou schopni vzájemně mu porozumět lépe než kdokoli zvenčí a prožívat ho společně (Kohnerová & Henleyová, 2013). Jiné páry může tato zkušenost naopak rozdělit, dochází k nepochopení, objevuje se u nich vzájemné obviňování a neadekvátní hněv. U některých párů to může vést k definitivnímu ukončení vztahu (Davis, 1996). Rodiče se se svou ztrátou vyrovnávají lépe, když je způsob jejich komunikace otevřenější a mají podobné styly zvládání (Worden, 2013).

3 Intervence napomáhající vyrovnání se s perinatální ztrátou

3.1 Přístup zdravotnického personálu

Jak uvádí Kohnerová a Henleyová (2013), velká část rodičů má na smrt svého dítěte, a s ní související okolnosti, velmi živé vzpomínky, a podrobnosti těchto událostí si přesně vybavují. Tyto vzpomínky jim mohou pomoci bezprostředně po smrti dítěte opakovaně tuto zkušenost prožívat. I přesto, že to pro ně bývá bolestné, napomáhá to procesu truchlení. Tyto vzpomínky bývají často vzpomínkami na to, co se stalo v nemocnici. Jsou tedy velmi ovlivněny tím, jak na rodiče nemocnice a především nemocniční personál působil. Pokud mají dobré vzpomínky, cítili, že je o ně dobře pečováno, může to do jejich vzpomínání vnést něco pozitivního. Naopak, pokud s nimi nebylo dobře zacházeno, tyto vzpomínky zkomplikují jejich proces truchlení. Z tohoto hlediska je tedy patrné, že přístup nemocničního personálu hraje velkou roli a má významný vliv na to, jak rodiče zvládnou proces truchlení a jak se se svou ztrátou vyrovnají. To potvrzuje i Enkin (1998), který uvádí, že nemocniční personál má v péči o pozůstalé hlavní úlohu. Citlivá péče a podpora může proces truchlení učinit snesitelnější.

Kasparková a Bužgová (2013) upozorňují na to, že porod mrtvého dítěte je značným stresem pro všechny zúčastněné a že zdravotníkům často chybí dostatečné informace o podpoře a procesu truchlení. U zdravotnického personálu se také mohou objevovat pocity viny a vlastního selhání. Proto mnohdy přistupují ke strategiím, které mohou být pro rodiče zraňující. Častý je emoční odstup, vyhýbavé chování, zaměření se na somatickou stránku věci, omezení kontaktu s rodičkou, bagatelizace závažnosti situace. Tento přístup pomáhá zdravotníkům chránit se před emocionální zátěží (Čepický, 1999; Dohnalová & Pavlíková, 2011). Personál se také někdy mylně domnívá, že nejlepším přístupem je na celou záležitost co nejrychleji zapomenout, o dítěti a jeho pohlaví nemluvit, neukazovat ho. Tímto přístupem je však blokován normální proces truchlení (Berman, 2009). Rovněž není žádoucí snažit se tuto ztrátu minimalizovat mluvením o dalších budoucích těhotenstvích a dětech (Worden, 2013). Za vhodné je považováno další vzdělávání zdravotníků v oblasti perinatálního úmrtí a práce se zármutkem a také dostatečná psychohygiena (Nuzum, Meaney, & O'Donoghue, 2014).

Leon (2008) považuje při péči o rodiče, kteří čelí perinatální ztrátě, za klíčové následující:

a) Informovat rodiče o zdravotním stavu dítěte.
b) Poté, co dítě zemře, podpořit rodiče v kontaktu s dítětem, jeho pojmenování, vyfotografování a vytvoření vzpomínek na dítě, které potvrdí ztrátu a usnadní truchlení (např. otisk nohy, pramínek vlasů).
c) Vyhnout se medikaci matky.
d) Naslouchat rodičům a povzbudit je při vyjádření jejich žalu.
e) Edukovat rodiče o normálním průběhu truchlení.
f) Odradit rodiče od snahy okamžitě otěhotnět.

Při sdělení toho, že dítě v děloze zemřelo, je třeba dodržovat etická pravidla. Informace by měla být sdělována některým z vedoucích pracovníků a měl by být přítomen i partner ženy, pokud ji do nemocnice doprovází (Binder, 2007). Zdravotníci by měli čas mezi stanovením diagnózy a samotným porodem využít k tomu, aby ženu připravili na to, co ji čeká, především na setkání s jejím dítětem (Trulsson & Radestad, 2004). Nezbytné je, aby personál nemocnice jednal s rodiči zdvořile, poskytoval jim všechny informace a dostatek času. Je třeba, aby k rodičům a jejich dětem přistupoval s úctou a uznal závažnost smrti dítěte a ztráty, která rodiče postihla. Pro rodiče je nesmírně cenné, když se s dítětem zachází stejně jako by bylo živé, je oslovováno jménem a zdravotníci dávají najevo, že toto dítě je důležité a cenné. Velký význam pro rodiče má také vyjádření lítosti, tento zájem je pro ně většinou významnější než odborná lékařská péče. Rodiče potřebují cítit, že na nich záleží a měli by dostat příležitost k vyjádření svých přání (Kohnerová & Henleyová, 2013).

Zcela zásadní je, aby byli rodiče informováni a aby s nimi byla konzultována veškerá rozhodnutí ohledně jejich dítěte. Měli by se na nich podílet, přičemž je třeba v co největší možné míře respektovat jejich požadavky (Kohnerová & Henleyová, 2013). Binder (2007) zdůrazňuje, že informace, které jsou personálem podávané, by měly být shodné a dostatečně srozumitelné. Důležité jsou také informace pomáhající pochopit, co se stalo a tím pomoci rodičům snížit pocit viny (Čepický, 1999). Znalost příčiny smrti dítěte vede ke snížení psychické zátěže, a to především při dalším těhotenství (Allahdadian, Irajpour, Kazemi, & Kheirabadi, 2015). Lékaři by se s rodiči měli podělit o všechny informace, které

mají a to i v případě, že se nepodařilo najít příčinu úmrtí dítěte (Kohnerová & Henleyová, 2013). Velmi významné jsou pro rodiče také kontakty na odborníky a instituce, které se tímto tématem zabývají, informace o úředních postupech a formách zařizování (Borůvková et al., 2015; Cacciatore, 2013).

3.2 Rituály rozloučení

Rituál je sled určitých symbolických činů, opakujících se stálým způsobem, jehož účelem je sdílení tohoto předem připraveného schématu, jak jednat. Tím, že člověk ví, co a kdy má dělat jsou pro něho rituály uklidňující. Zároveň ho také spojují s ostatními lidmi (Baštecká, 2011).

Rituály rozloučení následující po perinatální ztrátě hrají velkou roli v tom, jak se rodiče s danou situací vyrovnají. K dobrému průběhu truchlení pomáhá možnost **dítě po porodu vidět, pochovat si ho, pojmenovat ho a rozloučit se s ním** (Dohnalová & Pavlíková, 2011; Enkin, 1998). Kontakt s mrtvě narozeným dítětem je pro matky a ostatní členy rodiny důležitý a je jimi většinou vnímán pozitivně, i když mu mnohdy předchází strach. Obavy se většinou týkají toho, jak bude mrtvé tělo vypadat. Z toho důvodu je podstatné, aby rodiče byli na toto setkání dobře připraveni, obzvláště v případech, kdy by tělo mohlo být poškozeno, a byli při kontaktu podpořeni (Ryninks, Roberts-Collins, McKenzie-McHarg, & Horsch, 2014). Bylo zjištěno, že pokud je setkání a loučení s dítětem personálem vnímáno jako běžná součást porodu a je tak i matkám předkládáno, vnímají tyto matky loučení pozitivněji, přirozeněji a mají menší obavy, než když jsou matky dotazovány na to, zda chtějí své dítě vidět (Erlandsson, Warland, & Cacciatore, 2013).

Dle Ratislavové a Berana (2010) by rituály při podpoře rodičů po perinatální ztrátě měly plnit ochrannou a podpůrnou funkci a rodičům dodávat pocit kontroly nad situací. Tyto rituály rodičům pomáhají o dítěti získat reálnou představu, měly by usnadnit „zdravý“ proces truchlení. Zdravotnický personál hraje velkou roli v tom, aby rodiče podpořil a dodal jim odvahu k tomu, aby své dítě viděli, pochovali, pojmenovali a uspořádali pro něj pohřeb (Enkin, 1998; Worden, 2013). Spiritualita, rituály a vzpomínky pomáhají najít v této obtížné situaci smysl. Neexistuje žádná možnost, jak milované dítě vrátit rodičům zpět, ale adekvátní forma podpory pomáhá hojení této bolestivé ztráty (Capitulo, 2005).

3.2.1 Pohřeb

Pohřeb je významný rituál, který napomáhá akceptaci ztráty a hraje důležitou roli v přirozeném procesu zármutku (Haškovcová, 2007; Rando, 1984, cit. dle Malacrida, 1999). Jedná se o oficiální rozloučení s tím, koho jsme milovali a ztratili (Špatenková, 2013) a má svůj význam i u takto malých dětí (Špatenková, 2006). Pohřeb či jiný typ obřadu může být pro rodiče způsob, jak přiznat význam jejich zemřelému dítěti. Pomáhá jim přijmout definitivnost jejich ztráty, lépe se se smrtí svého dítěte vyrovnat. Pomáhá rodičům vyjádřit jejich emoce a aktivuje sociální oporu (Rando, 1984, cit. dle Malacrida, 1999). Špatenková (2013) mluví také o tom, že příprava pohřbu pomáhá pozůstalým tlumit reakce, které by je mohly zahltit a následně ohrozit.

Pohřební obřad by měl odpovídat přáním rodičů. Není tak důležitý jeho konkrétní průběh, ale to, aby tento akt byl za pohřební obřad považován (Kohnerová & Henleyová, 2013; Nešporová, 2013). Rodiče, kteří neuspořádali žádný obřad a péči o tělo dítěte přenechali nemocnici, mají i mnoho let po události pocit, že nedokončili úkol a je pro ně obtížné se s tím vyrovnat (Kohnerová & Henleyová, 2013). V případě, kdy neproběhl pohřeb, doporučuje Špatenková (2013) hledat dodatečně vhodný rituál rozloučení.

3.2.2 Hrob

Hrob nebo pietní místo pomáhá připomínat zemřelého, pro rodiče je to místo, kam se mohou vracet, kde se mohou cítit dítěti blíž (Špaňhelová, 2015; Thorová, 2015). Zde mohou na dítě vzpomínat, rozmlouvat s ním. Rodiče, kteří nemají hrob nebo nějaký druh památníku, postrádají místo, na které by mohli soustředit svůj žal (Kohnerová & Henleyová, 2013). Davisová (1996) uvádí, že vytváření pomníčků rodičům pomáhá uctít památku dítěte v jejich životě.

3.2.3 Památka

K lepšímu přijetí reality a vyrovnání se se ztrátou dítěte pomáhá možnost mít na ně nějakou památku (Davis, 1996)**.** Vhodné mohou být tzv. **vzpomínkové balíčky**, které mohou obsahovat fotografii dítěte, otisk jeho ručičky/nožičky, pramínek vlasů, certifikát o narození, náramek s jeho jménem. Někdy jsou rodiče po prožité události v šoku, nejsou schopni se s dítětem rozloučit, podívat se na ně

a nenapadne je ani pořídit si na dítě nějakou památku. V dalších dnech však mohou změnit názor a rádi by své dítě viděli. Proto se doporučuje, aby zdravotnický personál pořídil fotografii (případně i jiné památky) a ty zařadil do zdravotnické dokumentace (Enkin, 1998; Ratislavová & Beran, 2010). Riches a Dawson (1998) mluví o tom, že fotografie a jiné hmatatelné důkazy existence dítěte pomáhají rodičům integrovat dítě do jejich životní historie a potvrdit jejich rodičovskou roli.

Vytváření památek na dítě si matky velmi cení a nejvíce si přejí, aby jich měly více. Vzpomínky na dítě matky sdílí v rozhovorech s ostatními, nejčastěji se svými partnery, rodinou a přáteli (Crawley, Lomax, & Ayers, 2013). Byla nalezena souvislost mezi sdílením vzpomínek a lepším duševním zdravím a nižším výskytem posttraumatické stresové poruchy.

3.3 Poradenství a pomoc pozůstalým rodičům

Smrt je v současné společnosti tabuizovaná, popíraná, zdá se, jakoby do života přirozeně nepatřila. Je vnímána jako něco, co je třeba ukrýt. Z toho důvodu může být pro pozůstalé obtížné dát svému žalu průchod. Snaží se svůj zármutek potlačit nebo skrývat, nevědí, jak s ním zacházet. Často také dochází k tomu, že selhávají obvyklé zdroje sociální opory a truchlící pak vyhledávají pomoc jinde, u pracovníků pomáhajících profesí (Špatenková, 2013).

Jak uvádí Špatenková (2013), pomoc pozůstalým zahrnuje široké spektrum od laické pomoci až po profesionální aktivity. Její podoba je různá, může jít o empatickou komunikaci, krizovou intervenci, poradenství až po psychiatrickou péči. Tuto pomoc mohou poskytnout například duchovní, zdravotnický personál, přátelé, příbuzní a známí, zaměstnanci pohřební služby, členové svépomocné skupiny, jiní pozůstalí.

Dohnalová a Musil (2008) uvádí, že pozůstalí potřebují pomoc a podporu především v těchto čtyřech oblastech:

1. **psychické** (např. naslouchat jejich opakovanému vyprávění o úmrtí, pomoci jim zvládat vlastní reakce i reakce okolí)
2. **pragmatické** (např. pomáhat s vyřizováním úředních záležitostí, zajištěním pohřbu)

3. **informační** (např. pomáhat se zjišťováním informací o tom, kde je tělo dítěte a co se s ním bude dít dál, zda si mohou urnu s popelem nechat doma nebo popel rozprášit na oblíbeném místě)
4. **ekonomické** (např. když rodina nemá dostatečné prostředky na uspořádání pohřbu).

U rodičů se různě dlouhou dobu po ztrátě může objevit potřeba vyhledání profesionální pomoci. Většinou k tomu dochází tehdy, když selhávají nebo nejsou dostatečně účinné ostatní zdroje (přátelé, příbuzní, svépomoc). Vyhledání odborné pomoci může někdy bránit obava pozůstalých ze stigmatizace či pocit selhání (Dohnalová & Pavlíková, 2011; Špatenková, 2013). Naopak bývá toto rozhodnutí usnadněno, pokud rodiče mají informace o dostupných možnostech podpory. Díky čemuž jsou schopni zvolit takovou formu pomoci, kterou potřebují (Kohnerová & Henleyová, 2013). Tyto informace by rodiče ideálně měli obdržet již v porodnici. Vhodné je také, aby intervence po perinatální ztrátě byly zaměřeny nejen na matku, ale na celou rodinu (Cacciatore, Schnebly, & Froen, 2009).

Byly identifikovány tři kategorie intervencí, poskytnutých odborníky po smrti dítěte, které se pro rodiče jeví jako smysluplné. Jednalo se o (1.) instrumentální pomoc, (2.) poskytování informací a (3.) projevování soucitu a empatie (Janzen, Cadell, & Westhues, 2004).

3.3.1 Krizová intervence

„*Krizová intervence je odborná metoda práce s klientem v situaci, kterou osobně prožívá jako zátěžovou, nepříznivou, ohrožující“* (Vodáčková & kol., 2007, str. 60). Je možné ji považovat za terapeutický přístup na pomezí krátkodobé psychoterapie, emergentní psychiatrie a sociálního poradenství. Vychází z technik krátkodobých psychoterapií, z teorie krize a ze znalosti poruch způsobených stresem (Klimpl, 2009). Krizová intervence se snaží zpřehlednit a strukturovat prožívání daného člověka a zastavit ohrožující tendence v jeho chování. Člověk je podporován v tom, aby pomocí svých schopností, síly a přirozené sítě vztahů problém aktivně řešil (Vodáčková & kol., 2007).

Dohnalová a Pavlíková (2011) doporučují rodičům již v porodnici pomoc aktivně nabízet, neboť ve fázi akutní krize je motivace a připravenost přijmout pomoc největší. Krizová intervence by se v tuto chvíli měla zaměřit na podporu

vyjadřování emocí, usnadnění komunikace o pocitech, mobilizaci individuálních zvládacích strategií a na doporučení možností další odborné péče, pokud by byla v budoucnu potřeba.

3.3.2 Psychologická a psychoterapeutická péče

V situaci perinatální ztráty může být pro rodiče vhodnou oporou psychologická pomoc (Ratislavová, 2008). Jak však uvádí Špatenková (2013), ne každý profesionál v pomáhající profesi umí s tématem smrti a truchlení pracovat. K tomu, aby mohl terapeut truchlícímu pomoci projít zármutkem, musí znát aspekty truchlení (Kupka, 2014).

Požádat o podporu lidi, kteří mají poskytování podpory v popisu práce, může být pro rodiče v některých případech snazší. Rodič si uvědomuje, že naslouchající je odborník a zároveň cizí člověk, a proto je pro něho lehčí svěřit se mu s problémy, o nichž by jinak mluvil jen s obtížemi (Kohnerová & Henleyová, 2013). Psycholog či vyškolený specialista by měl umět naslouchat, aniž by hodnotil a posuzoval názory rodičů, dále poskytovat podporu a poradenství, jak symptomy žalu zvládat a podporovat psychologický přístup namísto medikace (Ratislavová, 2008). Měl by pomáhat rodičům vyjádřit jejich obavy, pochybnosti a pocity (Dohnalová & Pavlíková, 2011). Rodič tak dostává příležitost soustředit se na svoje vlastní pocity, vnímat je, mnohem lépe jim rozumět a nalézt svou vlastní cestu, jak se vypořádat se zármutkem (Kohnerová & Henleyová, 2013).

3.3.3 Lékaři-zdravotnický personál

Lékaři, a to jak ošetřující, tak i odborní (např. psychiatři), hrají v péči o pozůstalé důležitou roli. Truchlící vyhledávají lékaře často z důvodu změn svého zdravotního stavu (psychosomatické reakce, projevy zármutku na psychické i fyzické úrovni). Od lékařů většinou očekávají i něco jiného než jen vyšetření a předpis léku. To ale bývá často to, s čím od lékaře odchází. Tento způsob vede k medicinalizaci a medikaci truchlení, která však není při nekomplikovaném průběhu truchlení považována za vhodnou. Naopak, zásah lékaře bývá důležitý v případě, kdy zármutek spustí nějaké onemocnění (Špatenková, 2013). Při těžkých depresivních stavech může být podávání antidepresiv a dlouhodobý psychiatrický dohled nezbytný (Ratislavová, 2008).

V případě perinatální ztráty mají lékaři a další zdravotnický personál (především porodní asistentky) velmi důležité postavení. Na jejich přístupu záleží, jak započne proces truchlení. Jak uvádí Dohnalová a Pavlíková (2011), v České republice chybí metodicky propracovaný podpůrný systém pomoci pro rodiče mrtvě narozených dětí, který by se dal v porodnicích využívat. Zdravotníci tak často nevědí, jak se k rodičům v takovéto situaci chovat a jak jim emocionálně či prakticky pomoci.

Porozumění tomu, co rodiče prožívají je prvním krokem k tomu, aby nabídnutá pomoc byla adekvátní. Zdravotníci by měli poskytovat krizovou intervenci a psychosociální podporu. A měli by také vědět o existenci návazné psychologické a psychoterapeutické péče (Dohnalová & Pavlíková, 2011).

3.3.4 Laická pomoc

Laické poradenství je založené na pomoci jedincem, který získal postavení poradce neformální cestou, kvůli svým psychickým vlastnostem, zkušenostem, referencím druhých atd. (Špatenková, 2013). Špatenková (2013) upozorňuje na některé problémy, které v sobě může laické poradenství skrývat. Jsou jimi: nedodržování či překračování hranic poradenského vztahu a neschopnost rozpoznat komplikované reakce na ztrátu (např. depresi, závislosti) a vhodně s nimi pracovat.

Příkladem laického poradenství je projekt *Nejste sami* občanského sdružení Dlouhá cesta. Jeho cílem je vybudovat z rodičů, kteří prožili ztrátu dítěte, síť dobrovolných poradců, pomáhajících ostatním, kteří se dostali do stejné situace. Největším přínosem poradců je v tomto případě vlastní zkušenost (www.dlouhacesta.cz).

3.3.5 Svépomocné skupiny

Prožitek ztráty dítěte je pro každého rodiče velmi individuální. Často mohou mít pocit, že se to ještě nikdy nikomu nestalo. Přesto mají tito rodiče společné mnohé (Kohnerová & Henleyová, 2013) a sdílení této zkušenosti jim může prospět (Enkin, 1998). Svépomocná setkávání mohou být tedy velmi užitečná, neboť rodiče si uvědomí, že i jiní prožili obdobnou ztrátu (Kasparková & Bužgová, 2010). Podpora obdržená od někoho, kdo prožil a úspěšně zvládl podobnou krizi, bývá vnímána jako nejdůvěryhodnější (Dakof & Taylor, 1990, cit. dle Hutti, 2005).

Spojujícími faktory v rámci svépomocných skupin bývá podobnost potřeb a snaha vzájemně si pomáhat (Křivohlavý, 1999). Dle Cacciatorové (2007) se u žen, které po smrti svého dítěte navštěvovaly podpůrné skupiny, méně často rozvinuly posttraumatické stresové reakce, než už žen, které tyto skupiny nenavštěvovaly. Tato forma pomoci však nemusí vyhovovat všem, neboť někteří truchlící preferují individuální přístup (Špatenková, 2013). Svépomocné skupiny po perinatální ztrátě vznikají ve světě již od 70. let 20. století (Ratislavová, 2013).

3.3.6 Organizace zabývající se perinatální ztrátou

V České republice vznikl v roce 2007 pod občanským sdružením Dlouhá cesta, které se zaměřuje na pomoc pozůstalým rodičům, projekt **Prázdná kolébka.** Jeho cílem je pomoci rodičům, kterým zemřelo dítě před porodem nebo krátce po něm. Rodiče se zde mohou dozvědět řadu důležitých informací, které jim mohou pomoci. Ať už například o svých právech či o možnostech rozloučení s dítětem. Ženy mají také možnost na stránky umístit vzpomínku na své dítě a svůj příběh. Mohou zde najít i příběhy jiných žen. Což jim, jak uvádí Kohnerová a Henleyová (2013), může pomoci lépe pochopit, co se stalo, najít v tom, čím prochází smysl, získat útěchu tím, že i jiní lidé mají podobné zkušenosti. V neposlední řadě mají ženy také možnost kontaktovat tzv. laického poradce, tedy ženu, která sama přišla o dítě a se kterou se mohou setkat, či jí jen napsat a podělit se s ní o své pocity. Pro ženy může být úlevné a přínosné mluvit s někým, kdo podobnou ztrátu zažil a rozumí jejich pocitům. Na internetových stránkách mohou potřebné informace a doporučení, jak se v této obtížné situaci chovat, najít také rodinní příslušníci, přátelé či zaměstnavatelé (www.prazdnakolebka.cz).

4 Sociální opora

4.1 Vymezení sociální opory

Sociální opora je složitý fenomén, který je obtížně definovatelný a měřitelný. První studie, zabývající se sociální oporou, pochází ze 70. let 20. století (Hupcey, 1998). Od té doby vznikla řada definic, které odráží různé úhly pohledu na danou problematiku. Stále trvá snaha o jejich sjednocení a koncept sociální opory zůstává nejasný (Hupcey, 1998; Madarasová Gecková, Šimonová, & Van Dijk, 2003; Uchino, 2006). Všechny definice sociální opory v sobě zahrnují nějaký typ pozitivní interakce nebo pomáhajícího chování, poskytovaného osobě, která ji potřebuje (Hupcey, 1998). Jak uvádí Uchino (2006), někdy se sociální opora vztahuje více k aspektům sociální sítě (skupiny, rodinné vazby), někdy k určitému chování (emoční, informační podpora) a někdy na vnímání dostupnosti podpory, která může být formována již v počátku života.

Hupceyová (1998) analyzovala studie, které byly zaměřené na definování sociální opory. Na základě toho navrhla rozdělení definic sociální opory do pěti kategorií.

1. První kategorie je **druh poskytované opory** - sem řadí definice rozpracovávající jednotlivé typy sociální opory.
2. Druhá kategorie se týká **percepce recipienta** (příjemce) – sociální opora je definována jako míra, do které jedinec věří, že je naplňována jeho potřeba podpory druhými.
3. Třetí kategorie se týká **úmyslu a jednání poskytovatele opory** – jako příklad této kategorie může být uvedena definice, která zdůrazňuje směřování sociální opory ke zlepšení pohody recipienta.
4. Čtvrtá kategorie se vztahuje k **reciprocitě pomoci** – sociální opora je popisována jako výměna zdrojů mezi jejím příjemcem a poskytovatelem.
5. Pátá kategorie zahrnuje **sociální síť** – definice hovoří o sociální opoře jako o opoře, která je člověku dostupná skrze sociální vazby.

Nyní uvedeme některé z definic sociální opory, jak ji chápou různí zahraniční i čeští autoři.

Cobb (1976) nahlíží na sociální oporu jako na informace vedoucí člověka k víře, že je o něj pečováno, že je milován, že si ho druzí cení a váží, a že náleží k sociální síti, která se vyznačuje vzájemnými povinnostmi, závazky a komunikací. Ve svém pohledu tak zdůrazňuje, že na sociální oporu není možné nahlížet pouze jako na přítomnost důležitých osob, ale že podstatná je **informační výměna**, která mezi poskytovateli a příjemci pomoci probíhá.

Thoitsová (1985) považuje sociální oporu **za způsob zvládání *(copingu)***. Ve své definici zdůrazňuje záměry a jednání poskytovatele opory. Sociální oporu pojímá jako míru, do které jsou základní sociální potřeby (např. bezpečí, pocit sounáležitosti) uspokojovány pomocí interakce s druhými. Pod sociální oporu řadí pomocné funkce (např. instrumentální a informační pomoc) vykonávané pro druhého, a to jedinci pro něj sociálně významnými (členy rodiny, přáteli, sousedy, spolupracovníky, atd.).

Cohen a Syme (1985) vymezují sociální oporu jako multidimenzionální konstrukt, který odráží strukturální a funkční kvalitu sociální sítě jedince. Strukturální sociální oporou je myšlena existence a vzájemné **propojení prvků sociální sítě.** Oporou funkční pak způsob, kterým tato síť poskytuje různé druhy opory, respektive, jaké funkce tyto sociální vztahy jedinci nabízí (např. pocit sounáležitosti, materiální zdroje). O sociální opoře mluví také jako o prostředcích poskytnutých druhými osobami.

Šolcová a Kebza (1999) mluví o tom, že skrze **vazby mezi jednotlivými členy sociální sítě** (ať už v menších skupinách či širším společenství) je jedinci dostupná sociální opora. Tu vnímají jako jakýsi **sociální fond**, ze kterého je možné čerpat v případě potřeby. Díky sociálním vztahům se danému jedinci dostává pomoc při vyrovnávání se s náročnými situacemi a při snaze dosáhnout cílů. Jak dále uvádí, začlenění člověka do sociální struktury je významnou determinantou jeho psychické pohody a zdraví.

Poněkud širší pojetí sociální opory nabízí Křivohlavý (2001), dle kterého je možné sociální oporu chápat jako **pomoc a podporu od druhých lidí**, která je poskytována člověku nacházejícímu se v náročné životní situaci.

Baštecká (2005) pak shrnuje, že sociální opora bývá nejčastěji definována jako:

a) **vztahová opora** v prostředí, ve kterém jedinec žije

b) **činnost** ulehčující člověku v tísni jeho zátěžovou situaci, **pomoc druhých lidí**, která je v zátěžové situaci poskytována a pomáhá jedinci dospět k jeho cílům

c) **vzájemné mezilidské působení**, které naplňuje základní lidské potřeby, jako je bezpečí, láska, přijetí, úcta, sounáležitost apod.

d) **kognitivní zhodnocení,** do jaké míry jsou sociální vztahy jedince či jejich vzorce pomáhající

e) **proces** zahrnující v čase probíhající transakce mezi jedincem a prostředím, který zahrnuje i minulé zkušenosti daného člověka

f) **teoretický konstrukt,** který zahrnuje psychosociální zdroje, chování a činnosti pomáhajícího a vnímání této pomoci jejím příjemcem.

Je možné rozlišit dva základní přístupy k výzkumu sociální opory. První přístup je spíše **sociologický** a zabývá se především **sociální interakcí**. Sociální opora může být z tohoto pohledu definována jako probíhající výměna zdrojů mezi členy sociální sítě, která má za cíl posílit a podpořit pocit osobní pohody. Druhý přístup vysvětluje sociální oporu v souvislostech **psychologicko-medicínských modelů** zvládání stresu nebo tlumení jeho negativních dopadů na zdraví. Sociální opora je zde vnímána jako jakýsi **nárazník** (*buffer*), který chrání jedince před případným vlivem náročných událostí. Lidé, kteří mají k dispozici silný systém sociální opory, jsou tak schopni lépe zvládat nejen životní krize, ale i běžné každodenní starosti (Kebza, 2005).

Bakal (1992, cit. dle Kebza, 2005) navrhuje rozlišovat dva základní modely účinku sociální opory: 1. **nárazníkový** (*buffering*) **model** (někdy označovaný také jako model zaměřený na stres, *stress–centered*) a 2. **model přímého či hlavního účinku** (*main effect model).* V pojetí nárazníkového modelu předpokládá, že sociální opora působí na zdraví člověka především, když je člověk vystaven působení stresu, obzvláště pak chronického. Model přímého účinku naopak vychází z toho, že sociální opora funguje jako faktor protektivní, nezávisle na vlivu stresorů.

Nárazníkový model tedy předpokládá, že sociální opora chrání člověka před negativním důsledkem stresu. Protektivní vliv sociální opory ve vztahu mezi stresem a nemocí se může uplatnit:

1. **V průběhu kognitivního hodnocení stresogenních nároků** – jedinec si například uvědomí, o jaké konkrétní stresory jde, uvědomí si, jaké jsou jeho možnosti a strategie k jejich zvládnutí, dostane se mu potřebných informací.
2. **Výběrem a změnou strategií, které jedinec používá –** lidé, kterým se dostává vyšší sociální opory, volí častěji aktivní řešení stresové situace než vyhýbavé strategie.
3. **Posílením pocitů sebeúcty a sociální kompetence –** sociální opora pomáhá zvýšit subjektivní vnímání schopnosti zvládnout danou situaci.
4. **Tlumení zdraví poškozujících fyziologických procesů** (Kebza, 2005; Křivohlavý, 2001).

4.2 Klasifikace sociální opory

Stejně jako zatím není sjednocena definice sociální opory, neexistuje ani její jednotné dělení. Pravděpodobně nejznámější je klasifikace dle House (1981, cit. dle Kebza, 2005), který rozlišil čtyři složky obsahu sociální opory:

a) **Emocionální opora –** člověku v nouzi jsou poskytovány důležité emoce (láska, víra, naděje, soucit).
b) **Hodnotící opora –** sdělování úcty postiženému člověku**,** posilování jeho sebehodnocení a sebevědomí, povzbuzování ve víře a naději. Je sem řazeno také společné nesení a sdílení těžkostí.
c) **Informační opora –** poskytnutí rad či informací, které mohou člověku pomoci vyrovnat se se situací, do které se dostal.
d) **Instrumentální opora –** jedná se o praktickou, konkrétní formu pomoci. Může to být například poskytnutí finanční půjčky, materiální pomoc.

Velmi podobné kategorie navrhl také Cobb (1976). Schwarzer a Leppinová (1991, cit. dle Šolcová & Kebza, 1999) rozšířili Househo koncepci o **oporu hmotnou** a **oporu sebevědomí**. Laireiter se spolupracovníky (1997, cit. dle Šolcová & Kebza, 1999) doplňuje dále subkategorie vyjadřující **primární kvalitu vztahu** (např. zájem, loajalita) a **oporu při řešení problému.**

Laireiter et al. (1997, cit. dle Kebza, 2005) kromě toho navrhují následující možné dělení: sociální opora **poskytující zpětnou vazbu** *(feedback support),* **poskytující vedení** *(guidance support)* a **napomáhající přizpůsobení společenským zvyklostem** *(socializing support).*

Kategorie, které vymezil House (1981), tedy emocionální, informační, instrumentální a hodnotící, se vyskytují ve většině klasifikací sociální opory. Wills a Shinar (2000) uvádí podrobný přehled funkcí sociální opory. Ve své práci rozlišili pět typů pomocných aktivit. K emocionální, instrumentální a informační opoře přidali ještě **oporu společnosti** (neboli začlenění do sociálního společenství – *companionship support),* která přináší pocit sounáležitosti a **oporu potvrzením platnosti** (*validation),* která dává pocit akceptace a pomáhá snižovat pocit, že je jedinec mimo normu. Podrobnější popis je uveden v tabulce č. 1.

Tab. 1 Popis podpůrných funkcí (Wills & Shinar, 2000)

Typ sociální opory	Další termíny	Příklady	Teoretický přínos
Emocionální opora ***(Emotional support)***	- podpora sebevědomí - podpora úcty - ujištění o hodnotě - intimita - náklonnost	- umožňuje vyjádřit vlastní pocity, starosti, trápení, sympatie, péči, přijetí - dodávání odvahy	- mění subjektivní hodnocení míry ohrožení jedince životními událostmi - posiluje sebeúctu - snižuje úzkost a depresi - motivuje zvládat zátěž
Instrumentální opora ***(Instrumental support)***	- hmotné zdroje - praktická pomoc, služby, asistence - materiální pomoc	- poskytnutí praktických, materiálních prostředků, například financí, věcí, dopravy, hlídání dětí, pomoc při zajištění provozu domácnosti (nákup, úklid, vaření apod.)	- řeší problémy na praktické úrovni - umožňuje úsporu času, který pak může být využit například k odpočinku
Informační opora ***(Informational support)***	- poskytnutí informací, rad - poradenství a vedení - řešení problémů	- poskytnutí informací pomáhajících vyznat se v problému - doporučení alternativních způsobů jednání - poskytnutí rad o účinnosti postupu	- zvyšuje množství užitečných informací, které jsou jedinci dostupné - pomoc při získávání potřebných služeb - podporuje efektivnější zvládání
Opora společnosti ***(Companionship support)***	- sounáležitost, socializace, integrace	- poskytuje společnost pro různé aktivity (sport, návštěvy kulturních akcí, nakupování atd.)	- poskytuje pozitivní vliv skrze možnost uvolnění a zotavení se od požadavků, nabízí rozptýlení od neustálého zabývání se problémy
Opora potvrzením platnosti ***(Validation)***	- zpětná vazba - sociální porovnávání	- poskytuje ustanovení shody ve vidění míry vhodnosti jednání, prožívání, jedincova statusu v konkrétní sociální skupině a v populaci	- snižuje pocit jedince, že je mimo normu - umožňuje akceptovat vlastní prožívání - příznivé srovnání s druhými

Velmi důležité je rozlišovat oporu **anticipovanou** (očekávanou) a **získanou,** které se liší jak svou psychologickou povahou, východisky a charakteristikami, tak také svým vlivem na zdraví a pohodu člověka (Šolcová & Kebza, 1999).

Anticipovanou sociální oporu je možné charakterizovat jako přesvědčení daného jedince, že blízké osoby jsou mu připraveny v případě potřeby pomoci (Krause, 1997b). Jedná se o míru přesvědčení jedince o tom, že je druhými lidmi přijímán, že si ho váží a mají ho rádi a pomohou mu, bude-li to třeba (Křivohlavý, 2001). Vědomí toho, že druzí jsou připraveni pomoci, napomáhá jedinci podstoupit riziko a povzbuzuje ho k samostatnému řešení problému (Krause, 1997a). Anticipovanou sociální oporu je možné řadit mezi zdroje zvládání stresu, předpokládá se u ní kladný vliv na zdraví i osobní pohodu jedince (Kebza, 2005).

Získaná sociální opora je naproti tomu chápána jako pomoc, které se jedinci opravdu dostalo. Jde tedy o konkrétní zkušenost v dané situaci (Šolcová & Kebza, 2003). Kebza (2005) mluví o tom, že získaná sociální opora se od anticipované může lišit, a to jak směrem k jejímu nadhodnocení, tak k podhodnocení. Aby byla poskytnutá pomoc účinná, musí především vyhovovat potřebám jejího příjemce. Získaná sociální opora může mít účinek jak pozitivní, tak negativní. Její nepříznivý dopad vzniká, pokud je poskytnutá pomoc nevyhovující či nepřijatelná (Hupcey, 1998; Thoits, 1995; Šolcová & Kebza, 1999). Podrobněji je toto téma rozebráno v podkapitole, která se věnuje možným negativním dopadům sociální opory.

4.3 Působení sociální opory

Sociální opora působí na člověka prostřednictvím jeho začlenění do společnosti, do systému sociálních vztahů (*social network*). **Sociální síť** umožňuje vzájemné interakce. Na tuto síť může být tedy nahlíženo jako na strukturu, jejímž prostřednictvím je sociální opora poskytována (Kožený & Tišanská, 2003). Sociální síť může být posuzována z hlediska (1) **velikosti** – jde o počet lidí, se kterými je jedinec v přímém kontaktu, (2) **hustoty**, která vyjadřuje četnost a rozsah kontaktů, (3) **obsahu** - jedná se o to, jak kontakt probíhá, co se v něm děje, (4) **intenzity**, neboli blízkosti vztahu a (5) **směru a určení** – jde o stupeň vzájemnosti mezi jednotlivými členy sociální sítě (Uphold, 1991 cit. dle Baštecká, 2005). Ve vztahu

k sociální opoře hraje zásadní roli kvalita struktury vztahů, jejich reciprocita, intenzita a bohatost (Kebza, 2005).

Struktura, intenzita i povaha těchto vazeb ovlivňuje druh dostupné opory. Osobní sociální síť jedince je ovlivňována jeho pohlavím, věkem, rodinným stavem, rodičovstvím a také tím, je-li zaměstnán. Silné podpůrné sítě napomáhají zvládání psychických i zdravotních obtíží. K dobrému porozumění tomu, co vede k vývoji a udržování takové silné sítě, je dle Uchina (2006) potřeba podrobné analýzy, která by se zaměřila na sociální okolnosti dětství, osobnost a blízké vztahy v průběhu celého života (Uchino, 2006). Charakter vztahu, který má člověk se svou sociální skupinou, má vliv na to, zda se lidé rozhodnou o podporu požádat a zda ji následně obdrží. Normy, které upravují povahu vztahů, se velmi liší v jednotlivých kulturách (Taylor, Sherman, Jarcho, Takagi, & Dunagan, 2004).

Vnímání sociálního začlenění se může odrážet od počtu sociálních vztahů, kterými je jedinec s okolím provázán. Významnější se však v rámci prožívání sociálního začlenění zdá být povaha těchto vztahů a jejich adekvátnost. Víra v **dostupnost sociální opory** koreluje s některými osobnostními charakteristikami (např. pozitivně s extroverzí, negativně s neuroticismem) (Šolcová & Kebza, 2003). Na množství opory, která se člověku dostává, mají vliv takové proměnné jako je věk, výše vzdělání a s ním neodmyslitelně spojená míra socioekonomického statusu. Platí, že čím vyšší vzdělání a socioekonomický status, tím bohatší sociální síť. S rostoucím věkem opory ubývá (Kebza, 2005). Ženy získávají sociální oporu snadněji než muži. Je to dáno pravděpodobně i jejich tendencí ji v případě stresu aktivně vyhledávat (Lu, 1997).

Sociální opora je jedním z nejvíce účinných prostředků, který pomáhá člověku vyrovnávat se se **stresem a zvládat nepříznivé životní události**. Pozitivně působí na psychické i fyzické zdraví, na osobní pohodu a kvalitu života (Křivohlavý, 2001; Taylor et al., 2004; Thoits, 1995) a je spojena s nižší mírou úmrtnosti a nemocnosti (Uchino, 2006). Byla provedena celá řada studií, které prokázaly její pozitivní vliv jak v oblasti fyzického zdraví (např. na kardiovaskulární či imunitní systém), tak v oblasti psychického zdraví (např. úzkost, deprese, adaptace) (Cacciatore et al., 2009; Collins, Dunkel-Schetter, Lobel, & Scrimshav, 1993; Ježorská, Hrtůsová, Černá, & Chrastina, 2013; Šolcová & Kebza, 2003; Uchino, 2006). Sociální opora byla zkoumána u různých skupin lidí, ať už dle typu nemoci, věku či v rozdílných kulturách (Krause, 1997b; Wellisch, et

al., 1999). Za zajímavé v kontextu naší práce považujeme například studie, které se věnovaly **těhotným matkám a matkám prvorodičkám**. Bylo zjištěno, že sociální opora v těhotenství má pozitivní vliv na zdraví matky i dítěte a na psychickou pohodu žen (Collins et al., 1993). Pozitivní vliv sociální opory byl prokázán také u žen, kterým se narodilo první dítě. Bylo zjištěno, že funkční a informační opora, poskytovaná rodinou a přáteli, je spojena s nižším výskytem depresivních symptomů šest týdnů po porodu. Dále byl nalezen vztah mezi sociální oporou a snazší adaptací na novou mateřskou roli (Leahy-Warren, McCarthy, & Corcoran, 2012).

4.3.1 Negativní vliv sociální opory

Z hlediska prospěšnosti sociální opory je důležité to, jaký význam má sociální opora pro jejího příjemce a jaká je jeho míra spokojenosti se sociální oporou (Křivohlavý, 2001). Pokud není pomoc správně načasovaná, kvalitní a poskytovaná vhodným způsobem s ohledem na potřeby dané osoby, nepřinese očekávaný přínos (Baštecká, 2005). Jak bylo již uvedeno, sociální opora může pozitivně působit v řadě situací. Kromě toho však může mít i **negativní vliv**. Ten se objevuje jak na straně poskytovatelů pomoci, pro které může být někdy obrovskou zátěží, tak u jejích příjemců (Křivohlavý, 2001). Kebza (2005) mluví o tom, že rizikové faktory mohou pocházet jak ze **záporně laděných mezilidských vztahů** (sem patří například nedostatek zájmu o druhého, jeho podceňování) tak z **negativních důsledků primárně pozitivních sociálních vztahů (**např. konflikty, nesouhlas, odmítnutí, přehnané nároky). O selhávání sociální opory mluvíme v případě, že ji člověk očekává a dává její potřebu najevo, ale opora nepřichází (Kohoutek & Čermák, 2009).

Sociální opora působí negativně například v situacích, kdy danému člověku znemožňuje, aby se se zátěžovou situací vyrovnal sám. Krause (1997b) mluví o tom, že řada lidí se při setkání s problémy snaží celou situaci nejdříve zvládnout vlastními silami. Ve chvíli, kdy zjistí, že na to sami nestačí, mohou se obrátit na ostatní. Pokud tedy obdrží nevyžádanou pomoc brzy, působí získaná sociální opora jako ukazatel neefektivní a neúspěšné snahy o zvládnutí situace, a může tak mít na zdraví a pohodu daného člověka negativní vliv. Vyvolává v něm pocity bezmoci, závislosti, ztráty soběstačnosti a kontroly nad událostmi, snížené sebehodnocení

(Kebza, 2005; Krause, 1997a). Stejně tak neúčinná je pomoc, která neodpovídá potřebám daného člověka (Kebza, 2005) či nátlak s jakým je tato pomoc nabízena (Křivohlavý, 2001).

Negativní reakce a možné odmítání pomoci může způsobovat především to, když je poskytovaná pomoc (a) v rozporu s představou člověka o jeho vlastní autonomii, (b) když ohrožuje jeho sebeúctu a sebedůvěru, (c) když neodpovídá představám o tom, jak se má „správná" žena či muž chovat, (d) když navozuje pocity bezmoci, (e) když znamená riziko sebe-znevážení a (f) pokud neodpovídá potřebám daného člověka (Kebza, 2005).

4.4 Sociální opora u pozůstalých

V procesu truchlení hraje sociální opora významnou roli. Napomáhá zvládat zármutek, snižuje pocity samoty a izolace (Kubíčková, 2001). Jejím hlavním zdrojem by měli být nejbližší lidé (rodina, příbuzní, přátelé a známí). Členové rodiny však mohou být zármutkem také zasaženi a nejsou pak schopni poskytovat účinnou pomoc. Pro přátele a známé může být tato situace obtížná v tom, že nevědí, jak se k pozůstalým chovat, co jim říci nebo co udělat, proto mohou mít tendenci vyhýbat se setkání s nimi (Špatenková, 2013). Jednou z obtíží může být i to, že zvýšená potřeba sociální opory po takto náročné situaci trvá většinou déle, než si okolí myslí (Baštecká, 2005).

Pozůstalým se také často dostává neadekvátní podpory ve formě plané útěchy:

1. ***„Netrap se s tím."*** Jde o absurdní radu, neboť pozůstalý navždy přišel o milovaného člověka.
2. ***„Nesmíš na to myslet, život jde dál."*** Pozůstalí však často mívají pocit, že jejich život právě ztratil smysl.
3. ***„Všichni tam musíme."*** Přesto, že je toto tvrzení pravdivé, nepřináší pozůstalým žádnou útěchu.
4. ***„Co se stalo, to se stalo."*** Pro pozůstalého je to ale něco, co se stát nemělo.
5. ***„Teď se nemůžeš zhroutit."*** Kdy jindy se člověk může zhroutit, když ne po smrti někoho blízkého?
6. ***„Vzmuž se trochu."*** Obzvláště pro ženy se jedná o nepříliš smysluplnou radu.
7. ***„Všechno musí jednou skončit."*** Jenomže proč právě teď a právě takto?

8. ***„Už o tom nemluv, stejně to nikomu nepomůže.“*** Naopak, pozůstalým může velmi pomoci, mohou-li o tom, co se jim stalo a co prožívají s někým hovořit (Špatenková, 2013).

U truchlících, kterým se nedostane dostatečné podpory, se mohou ve zvýšené míře vyskytovat **maladaptivní reakce**, které zahrnují **chronické deprese, sebevražedné myšlenky, zneužívání drog či alkoholu a posttraumatickou stresovou poruchu** (PTSD). PTSD je dále spojena s horším sociálním fungováním, pracovní nestabilitou, manželskými problémy a obtížemi v rodičovství (Prigerson et al., 1997).

Riches a Dawson (2000) se věnovali potřebám pozůstalých rodičů. Uvádí, že lidé, kteří poskytují truchlícím rodičům sociální oporu, by je měli podporovat především v následujících směrech:

a) Pomoci truchlícím rodičům přijmout to, že se věci již nikdy nevrátí do „normálu".
b) Pomoci jim uvědomit si pocity, které prožívají (smutek, derealizace, dezorientace). Tyto pocity mohou truchlící rodiče prožívat po různě dlouhou dobu.
c) Být pro truchlící rodiče laskavým posluchačem, který neposuzuje, nehodnotí
d) Pomáhat rodičům vyjadřovat jejich zármutek, mluvit s nimi o jejich zemřelém dítěti.
e) Být připraven stále dokola poslouchat vyprávění o událostech, které vedly ke smrti dítěte.
f) Je důležité projevovat zájem o zemřelé dítě (prohlédnout si fotky, nechat si vyprávět příběhy ze života dítěte).
g) Zprostředkovat truchlícím praktické rady jak udržet chod domácnosti v době, kdy musí vyřizovat řadu formálních záležitostí v souvislosti s úmrtím dítěte.
h) Podpořit pozůstalé rodiče v tom, aby si i po smrti dítěte připomínali důležitá výročí (např. narozeniny dítěte, den úmrtí dítěte a další významné události).
i) Podporující je tím, kdo by měl udělat první krok (tedy aktivně nabídnout pomoc, i když se rodiče tváří, že ji nepotřebují).

j) Pomoci truchlícím rodičům důkladně zmapovat možnosti pomoci: svépomocné skupiny, literatura o truchlení, poradenská centra, poradny (Riches & Dawson, 2000).

4.5 Sociální opora v případě perinatální ztráty

Sociální oporou v souvislosti s perinatální ztrátou se zabývala řada autorů (např. Cacciatore, 2007; Cacciatore et al., 2009; Jones, 1997; Surkan et al., 2009; Allahdadian et al., 2015).

Sociální opora je pro ženy po prožitku perinatální ztráty velmi významná. Jak uvádí Jonesová (1997), její rozsah a kvalita přímo ovlivňuje vypořádání se se ztrátou. Aktivaci sociální opory však může komplikovat fakt, že narození mrtvého dítěte často není společností vnímáno jako skutečná ztráta (Cacciatore, DeFrain, & Jones, 2011). Randová (1984, cit. dle Malacrida, 1999) mluví o tom, že sociální opora, které se truchlícímu dostane, souvisí s tím, jaký význam pro danou společnost pozůstalý a zemřelý má. Pokud tedy zemřelému není přiznána dostatečná hodnota, jako v případě perinatální ztráty, chybí tradiční gesta, která provází skutečnou, sociálně uznanou, smrt. Sociální opora, kterou rodiče očekávají v souvislosti s tím, jaký význam má ztráta pro ně, je v kontrastu s podporou, která se jim skutečně dostane. Tato inkongruence může vést k patologickému smutku.

Narození mrtvého dítěte bývá pro matky často zkušenost marginalizující, vedoucí k jejich izolaci. Časté bývá, že podpůrný systém slábne (Cacciatore et al., 2009). Pokud se však ženám podpory dostává, má to pozitivní vliv. Velmi účinná je **podpora partnera**, jako nejbližší osoby (Allahdadian et al., 2015). Byl nalezen vztah mezi jeho ochotou mluvit se ženou o ztrátě dítěte a rozvojem depresivní symptomatologie. U žen, se kterými muži odmítali o mrtvě narozeném dítěti mluvit, bylo zjištěno mnohonásobně vyšší riziko rozvoje depresivní symptomatologie. Naopak samotné přesvědčení žen, že by o tom s mužem mohly mluvit, toto riziko snižovalo (Surkan et al., 2009).

Studie provedená na souboru 769 amerických žen se zkušeností perinatální ztráty, došla k závěru, že ženy, kterým se dostávalo dostatečné **podpory od rodiny**, měly ve srovnání s kontrolní skupinou nižší hladinu deprese a úzkosti. Podpora rodiny se zde ukázala jako nejvýznamnější. Ostatní zdroje opory (zdravotnický personál, podpůrné skupiny) byly také významné, ale nedosahovaly takového vlivu

(Cacciatore et al., 2009). V jiné studii byl naopak vliv podpory odborníků na duševní zdraví matky vnímán jako velmi významný (Crawley et al., 2013). Ve studii provedené na íránských ženách byla podpora rodiny a přátel spojena se snížením stresu a možností psychického odpočinku. Byla vnímána jako únik před samotou. Návštěvy po návratu z nemocnice pomáhaly snižovat pocity viny. Jako pozitivní vnímaly ženy pomoc při každodenních aktivitách a při návratu k běžnému životu. Emocionální podpora od příbuzných pomohla k akceptaci a adaptaci na ztrátu (Allahdadian et al., 2015). Podpora komunity by se měla zaměřit na celý rodinný systém, tedy i na partnery žen a žijící děti (Cacciatore et al., 2009).

Malacridová (1999) se ve svém výzkumu zaměřila na **materiální podporu.** Uvádí, že gesta, která jsou spojená s narozením živého dítěte (jako je zasílání blahopřání, květin, darů, telefonáty a návštěvy) v případě, kdy dítě zemřelo, chyběly. Rodiče to považovali za zprávu o tom, že se nejedná o důležitou událost v jejich životě, ačkoliv oni sami to vnímali přesně naopak. Stejně tak rodičům chyběla podpora ve formě návštěv v nemocnici, které bývají v souvislosti s narozením dítěte časté.

Sociální opora je velmi významným aspektem v procesu truchlení a vyrovnání se se ztrátou blízkého člověka. Zaujímá tak nenahraditelnou úlohu i v případě perinatální ztráty. V empirické části této práce se na toto téma podíváme podrobněji a naše zjištění porovnáme i s výše uvedenými výzkumy.

5 Shrnutí teoretické části

V teoretické části jsme se zaměřili na vymezení perinatální ztráty, dále na proces truchlení, který je přirozenou reakcí na ztrátu blízké osoby. Věnovali jsme se také intervencím, které jsou v případě perinatální ztráty prospěšné. Závěrečná kapitola se týká sociální opory.

V první kapitole jsme se zabývali perinatální ztrátou. Nejprve jsme vymezili základní pojmy a také perinatální ztrátu, jak ji chápeme pro účely této práce. Uvedli jsme také statistické údaje o počtu mrtvě narozených dětí v České republice. Dále jsme se podrobně zaměřili na to, jak je tato ztráta rodiči prožívána.

Druhá kapitola je věnována truchlení. Nejprve jsme truchlení teoreticky vymezili a uvedli také některé modely, představující fáze procesu truchlení. Popsali jsme specifika, která má truchlení v případě perinatální ztráty. Důraz byl kladen i na faktory, které mohou proces truchlení v tomto případě komplikovat, zmíněny byly též možné ochranné faktory. Dále jsou popsány odlišnosti v truchlení mužů a žen a dopad, který toto rozdílné prožívání může mít na jejich partnerský vztah.

Třetí kapitola se zabývá intervencemi, které mohou být v případě perinatální ztráty prospěšné. Jako zásadní se jeví vliv přístupu zdravotnického personálu. V další části práce jsme se zaměřili na rituály rozloučení, zmínili jsme význam pohřbu a možnosti uchování hmatatelných vzpomínek. Navázali jsme podkapitolou o možnostech poradenství pro pozůstalé a neopomněli jsme zmínit organizaci, která se věnuje pomoci ženám a jejich rodinám, které prožily perinatální ztrátu.

Závěrečná kapitola teoretické části je věnována sociální opoře. Nejprve jsme nastínili teoretické vymezení sociální opory a její možné dělení. Dále jsme se zaměřili na vliv sociální opory a zařazena je také část věnovaná potřebám pozůstalých v kontextu sociální opory. V závěru kapitoly jsme představili některé výzkumy, které se zabývaly souvislostí sociální opory a perinatální ztráty.

III. EMPIRICKÁ ČÁST

6 Metodologie výzkumu

6.1 Výzkumný problém a cíl

Cílem empirické části je zmapovat jakou roli hraje u žen se zkušeností perinatální ztráty sociální opora. Jde nám o zachycení jedinečné zkušenosti těchto žen.

S ohledem na výzkumné cíle a teoretická východiska byly položeny tyto otázky:

1. Jaká je zkušenost žen s rozloučením s dítětem po perinatální ztrátě?
2. Dostalo se ženám potřebné pomoci a od koho?
3. Co ženy od svého okolí nejvíce potřebovaly?
4. Co dalšího ženám pomáhalo jejich situaci zvládat?
5. Co naopak adaptaci na ztrátu dítěte komplikovalo?

6.2 Výzkumný postup (design studie)

Pro naše účely byl z několika důvodů zvolen kvalitativní přístup. Jak uvádí Ferjenčík (2000), kvalitativní přístup je holistický a umožňuje nám lepší vhled, porozumění i orientaci v dané oblasti. Výhodou kvalitativního výzkumu je, že je velmi otevřený, není předem přesně strukturován a neomezuje se na vybrané proměnné (Miovský, 2006). Téma perinatální ztráty v našich podmínkách není dostatečně zmapované a svou citlivostí zaslouží specifický přístup. Jsme přesvědčeni, že pomocí hloubkových rozhovorů s menším počtem respondentek je možné získat více informací a lépe a v širších souvislostech danou problematiku zmapovat. Nevýhodou kvalitativního výzkumu je, že bývá prováděn na menším počtu dat, tudíž jsou závěry získané touto cestou obtížněji zhodnotitelné (Hendl, 2005).

6.3 Vlastní reflexe tématu

Téma bylo zvoleno na základě osobní zkušenosti autorky výzkumu. Vzhledem k tomu, že ona sama považovala oporu okolí a možnost mluvit o své zkušenosti za velmi významnou, zajímalo ji, jaké jsou potřeby ostatních žen

s prožitkem perinatální ztráty a zda se jim dostalo dostatečné opory. Jelikož v České republice patří perinatální ztráta k tématům, o kterých se příliš nemluví a není mu věnována ani dostatečná výzkumná pozornost, přišlo autorce zajímavé tuto oblast více zmapovat. Osobní zkušenost výzkumnice s sebou jistě mohla nést riziko přílišné zainteresovanosti do tématu a s tím spojené neobjektivity. Autorka si toho byla vědoma a snažila se o udržení neutrálního postoje. Zároveň je však tuto skutečnost možno vnímat pozitivně, neboť tak bylo možné lépe se na respondentky naladit. Některé z respondentek o této skutečnosti věděly a bylo pro ně o to snazší se otevřít.

6.4 Použité výzkumné metody

6.4.1 Polostrukturovaný rozhovor

Jako metoda sběru dat byl zvolen **hloubkový polostrukturovaný rozhovor**. Ten pomáhá získat detailní a komplexní informace o studované problematice (Švaříček & Šeďová, 2007). Polostrukturovaný rozhovor vychází z předem připravených témat a otázek, jejich pořadí je možné upravovat dle průběhu rozhovoru a díky tomu tak vytěžit maximum informací (Miovský, 2006). Otevřené otázky umožňují porozumět pohledu jiných lidí, aniž by tento jejich pohled byl omezen nutností výběru položek v dotazníku (Švaříček & Šeďová, 2007). Vzhledem ke zvolenému tématu se polostrukturovaný hloubkový rozhovor jevil jako nejlepší varianta. Přísně strukturovaný rozhovor by mohl být pro řadu žen limitující a nepříjemný svou striktností. V nestrukturovaném rozhovoru by zase hrozilo, že budou opomenuty některé významné okruhy.

Témata rozhovoru byla vytvořena na základě studia teoretických zdrojů s ohledem na výzkumné otázky. Výsledná struktura rozhovoru je uvedena v přílohách této práce (Příloha č. 1). Za velkou výhodu polostrukturovaného interview považujeme možnost doptávat se žen, na téma, které se vynořilo jako zajímavé. Zpětně si potvrzovat, zda jsme danému výroku dobře porozuměli. Respondentky mají také větší volnost hovoru, nejsou svázané přesnou strukturou, dostanou se tedy snáze k pro ně důležitým tématům, která by při jasně dané struktuře otázek mohla zůstat ukryta. Toto je však možné považovat i za nevýhodu, neboť někdy se jevilo obtížné vrátit ženy k tématu otázky. Některé z žen měly

tendenci zabíhat do širších souvislostí a podrobných detailů, které s tématem tolik nesouvisely.

Rozhovory byly zaznamenávány pomocí diktafonu. Jak uvádí Miovský (2006), při audiozáznamu máme kromě obsahu rozhovoru zaznamenány i kvality mluveného slova (síla hlasu, délka pomlk, doprovodné zvuky atd.). Výhodou audiozáznamu je, že je nestranný a autentický. Umožňuje zachytit rozhovor tak, jak se skutečně odehrál. Všechny respondentky byly na užití diktafonu na začátku rozhovoru upozorněny a s jeho použitím souhlasily. Osobní údaje byly zaznamenány na diktafon a papír a následně vyplněny do záznamového archu. V průběhu rozhovorů nebylo třeba dělat si další poznámky, což velmi usnadnilo celou situaci a pomohlo navození intimnější atmosféry a bezpečnějšího prostředí, ve kterém mohly respondentky o svém citlivém tématu hovořit.

Na začátku každého rozhovoru byl respondentkám představen výzkumný záměr diplomové práce a byly zodpovězeny jejich případné dotazy. Dále byly respondentky ubezpečeny o své anonymitě i o možnosti kdykoliv přerušit svou účast na výzkumu. Dostaly také informace o tom, kdo bude mít přístup k získaným datům. Respondentky podepsaly informovaný souhlas, jehož znění je součástí příloh této diplomové práce (Příloha č. 2)

Všechny rozhovory začínaly **narativní otázkou**. Ženy byly požádány o vyprávění svého příběhu ztráty dítěte. Úvodní narativní otázka nám pomohla lépe porozumět tomu, co respondentky považují za důležité. Již v této části některé z nich zmiňovaly své potřeby ohledně sociální opory. Od tohoto začátku se dále odvíjel směr hovoru. Ženy často samy mluvily o tématech, která byla součástí předem připraveného schématu. Proto byly otázky zadávány v různém pořadí v závislosti na tom, kterým směrem hovor ubíhal. U některých žen bylo kladeno více doplňujících otázek, u jiných to nebylo třeba. Na konec byla zařazena otázka, týkající se toho, co by ženy vzkázaly lidem, kteří ve svém okolí mají ženu procházející perinatální ztrátou. Tato otázka pomohla ještě lépe zmapovat, co je dle žen v přístupu okolí důležité. Poté se tazatelka doptala na základní demografické údaje, jejichž shrnutí je podrobně popsáno v části týkající se výzkumného souboru. Po rozhovoru byly respondentky ještě požádány o vyplnění krátkého dotazníku týkajícího se sociální opory. U některých z nich vyvolaly otázky potřebu doplnit nějaké informace, proto byl po tuto dobu ponechán zapnutý diktafon.

6.4.2 Dotazník sociální opory

Ke zvýšení validity kvalitativního výzkumu je výhodné využít **triangulaci.** Pod pojmem triangulace se rozumí kombinace různých metod, různých výzkumníků, různých zkoumaných skupin nebo osob, které se uplatňují při zkoumání daného jevu (Hendl, 2005). Triangulace metod získávání dat má za cíl použít různé postupy, kterými je možné minimalizovat zkreslení vznikající při procesu získávání kvalitativních údajů (Miovský, 2006). K triangulaci dat v našem výzkumu byl využit **dotazník sociální opory: The MOS Social Support Survey** (Sherbourne & Stewart, 1991)**,** který sloužil k dokreslení informací získaných rozhovorem a validizaci získaných dat. Jedná se o nástroj zaměřený na odhad anticipované sociální opory, který odráží subjektivní vnímání sociálního začlenění daného jedince (Kožený & Tišanská, 2003).

Pro tuto práci jsme využili vlastního překladu uvedené škály (Příloha č. 3). Dotazník obsahuje 19 položek, o kterých se předpokládá, že pokrývají pět dimenzí sociální opory: 1. emocionální, 2. informační, 3. hmotnou, 4. sociální interakci, 5. afektivní (Kožený & Tišanská, 2003). V první otázce mají respondenti uvést počet blízkých přátel a počet blízkých příbuzných. Tato otázka zahrnuje strukturální aspekt opory. Následují tvrzení, která se zaměřují na to, zda ženy měly někoho, kdo by jim poskytl potřebné informace, potřebnou pomoc atd. Respondentky svou odpověď vyznačovaly na pětibodové Likertově stupnici: (1) nikdy – (2) málokdy – (3) někdy – (4) většinou – (5) vždy. Z těchto položek byly odvozeny čtyři subškály: 1. skutečná, hmotná opora, 2. láska, 3. pozitivní sociální interakce, 4. emocionální/informační opora.

6.5 Postup a organizace sběru dat

Výzkumná část této práce vznikala od října 2014, kdy začaly být získávány respondentky do výzkumného souboru. První rozhovor proběhl v listopadu 2014, poslední pak v dubnu 2015. Ženy byly oslovovány několika způsoby. Nejprve oslovila autorka této práce ženy ve svém okolí a v okolí svých známých, o nichž věděla, že mají s perinatální ztrátou zkušenost. Touto cestou byly získány 3 ženy do výzkumného souboru. Dále byla na dvou webových stránkách, které se zabývají tématem perinatální ztráty (www.prazdnakolebka.cz a www.ztratamiminka.cz) vyvěšena výzva o účast na diplomové práci. Takto bylo získáno 6 žen do

výzkumného souboru. Několik žen bylo také osloveno pomocí internetového diskuzního fóra s tématem perinatální ztráty (http://www.emimino.cz/denicky/prazdna-naruc/). Tímto způsobem byla získána jedna žena. Tyto ženy dostaly průvodní dopis, ve kterém získaly informace o účelu a průběhu výzkumu. Znění průvodního dopisu je součástí příloh této práce (Příloha č. 4). S každou z žen proběhl před osobním setkáním ještě emailový či telefonický rozhovor, kde byly zodpovězeny případné otázky a domluven termín setkání.

Tab. 2 Získání respondentů

Odkud byly respondentky získány	**Počet žen**
Okruh známých	3
Výzva na webu	6
Internetové diskuzní fórum	1

Pro větší homogenitu výzkumného souboru jsme se rozhodli stanovit několik kritérií. Vzhledem k citlivosti tématu nebylo jisté, zda se nám podaří získat dostatek respondentek. Proto jsme přesná kritéria pro zařazení do výzkumného souboru na webových výzvách neuváděli. Do souboru jsme zařadili ženy, které o dítě přišly **ve 20. týdnu těhotenství a později.** Ztráta dítěte v ranější fázi těhotenství s sebou totiž přináší určitá specifika a sociální opora, na kterou se v rámci této práce zaměřujeme, zde často nehraje takovou roli, neboť o očekávaném miminku okolí mnohdy ani neví. Dále **nebyly zařazeny ženy, jejichž dítě zemřelo po porodu,** protože se jedná o poněkud odlišnou situaci než u žen, kterým dítě zemřelo před porodem. Tyto ženy prožívají jinou situaci během porodu, své dítě po porodu vidí, také je běžné, že dítěti zemřelému po porodu je uspořádán pohřeb. Stejně tak nebyly zařazeny ženy, které o dítě **přišly na základě umělého přerušení těhotenství v důsledku zjištěné genetické vady**. Vnímáme zde řadu aspektů, které mají vliv na jejich prožívání a i přístup okolí a jeho reakce mohou být odlišné. Tyto podmínky jsme záměrně neuváděli ve výzvě, pro případ, že by se neozval dostatečný počet respondentek. Pokud by tato situace nastala, byli jsme připraveni zvolená kritéria rozšířit.

Získat dostatečný počet respondentek, které by splňovaly podmínky pro zařazení, nebylo jednoduché. Některé z žen, které se ozvaly, neměly chuť se účastnit osobního rozhovoru, na kterém byla výzkumná část práce postavena, proto

posléze nebyly do výzkumu zahrnuty. Nakonec bylo tedy do souboru zařazeno deset žen, které splňovaly kritéria výběru a byly ochotné zúčastnit se osobního setkání. Jejich charakteristika je uvedena v následující kapitole.

Sběr dat probíhal od října 2014 do dubna 2015. Rozhovory probíhaly na několika místech republiky, v různých prostředích. S většinou žen (7) proběhlo setkání ve veřejném prostoru (kavárně či restauraci), s jednou ženou proběhlo setkání v prostorách její práce a se dvěma ženami u nich doma. Místo setkání bylo vždy ponecháno na volbě ženy, tak aby se cítila bezpečně a mohla otevřeně hovořit o svých zkušenostech. Jednoho rozhovoru se účastnil také manžel respondentky.

6.6 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor této studie je tvořen 10 ženami se zkušeností perinatální ztráty. Jedná se o ženy pocházející z různých míst České republiky s vysokoškolským (8) a středoškolským vzděláním (2). U těchto žen bylo dále sledováno několik charakteristik, které budou blíže popsány.

Věk v době perinatální ztráty se pohyboval mezi 20 a 41 lety. Průměrný věk respondentek v době zažívání ztráty je 30,6 let, medián je 31,5 let.

Dále nás zajímal **týden těhotenství** (t.t.), ve kterém k úmrtí dítěte došlo. Jednalo se o rozmezí 20. a 41. týdne těhotenství. Průměrná hodnota je necelých 29 týdnů, medián 28,5 týdne.

Byla zjišťována **doba, která od perinatální ztráty uplynula**. Nejčerstvější zkušenost byla stará 2 měsíce, nejstarší pak 17 let. Polovina žen zažila ztrátu dítěte před méně než rokem. Průměrné stáří zkušenosti je 4,7 let, medián 2 roky.

Zajímal nás také **rodinný stav respondentek** a **počet dětí**, které měly v době před prožitou ztrátou a po ní. Většina žen (8) žije v manželství s otcem zemřelého dítěte. U dvou žen se jejich partnerský vztah (nejednalo se o manželství) nějakou dobu po ztrátě dítěte rozpadl. U více než poloviny žen (6) se jednalo o ztrátu prvního dítěte. Pouze jedna žena měla již doma vice dětí, konkrétně 3. Zbylé ženy (3) měly doma dítě jedno. Po prožité ztrátě se třem ženám narodilo po jednom dítěti, jedné z žen děti tři. V době, kdy probíhal rozhovor, byly 3 ženy opět těhotné. Výše uvedené charakteristiky jsou pro přehlednost shrnuty v následující tabulce.

Tab. 3 Charakteristika výzkumného souboru

Jméno	Vzdělání	Věk v době PZ	PZ	Doba od PZ	Děti před PZ	Děti po PZ
Adéla	SŠ	20	29 t.t.	10 měsíců	0	0
Alena	VŠ	32	30 t.t.	3 roky	1	1
Eva	VŠ	34	41 t.t.	9 let	0	1
Jitka	VŠ	34	20 t.t.	6 let	3	1
Johana	VŠ	25	28 t.t.	1 rok	0	0
Katka	VŠ	23	33 t.t.	17 let	0	3
Klára	SŠ	31	28 t.t.	3 měsíce	0	0
Lucie	VŠ	29	38 t.t.	2 měsíce	1	0
Marcela	VŠ	41	21 t.t.	9 let	1	0
Martina	VŠ	37	20 t.t.	6 měsíců	0	0

Legenda: **PZ** = perinatální ztráta, **t.t.** = týden těhotenství

6.7 Etika výzkumu

Vzhledem k citlivosti daného tématu byl po celou dobu kladen důraz na etické hledisko výzkumné činnosti. Ženy se výzkumu účastnily dobrovolně a svůj souhlas vyjádřily písemně. Jelikož se jedná o citlivé, osobní téma, byl kladen důraz na anonymitu respondentek. Nejsou tedy uváděna jejich skutečná jména, ani geografická místa, o kterých mluvily. Ženy měly možnost od výzkumu kdykoli odstoupit.

6.8 Způsob zpracování dat

Vzhledem k tomu, že cílem této práce bylo zmapovat a popsat prožitky specifické skupiny lidí, využili jsme pro analýzu získaných dat **interpretativní fenomenologickou analýzu (IPA).** Jde o kvalitativní postup, zjišťující, jaký význam přikládá jedinec specifické životní události či zkušenosti (Smith & Osborn, 2008). Jak uvádí Hendl (2005) fenomenologický přístup je vhodné volit pokud: (1.) chceme prozkoumat význam prožité zkušenosti jedince a porozumět mu; (2.) studovaný fenomén se nejvhodněji zachytí pokusem porozumět zkušenostem účastníka; (3.) fenomén není dostatečně prozkoumán.

K tomu, aby bylo možno se získanými daty dále pracovat, byla nutná jejich úprava. Nejprve byla provedena transkripce, došlo tak k prvotní redukci dat. Jak uvádí Miovský (2006), nejedná se o zcela mechanickou operaci. Na transkripci se již odráží systematické a nesystematické vlivy výzkumníka. Tyto vlivy je dobré minimalizovat. K tomu bylo užito kontroly **transkripce opakovaným poslechem**, kdy byl celý záznam po dokončení přepisu znovu pročten a porovnán s původním záznamem. To se dělo většinou jednak hned po dokončení přepisu, tak i následně s odstupem několika dní. Kompletní přepisy rozhovorů jsou k diplomové přiloženy na CD.

Jednotlivé rozhovory byly poté podrobně pročítány. Nejprve bylo na okraje papíru zaznamenáváno vše, co se jevilo zajímavé. Při opětovném čtení docházelo k zaznamenávání tematických celků. Mezi těmito tématy byly poté hledány vztahy a docházelo tak k vytváření jednotlivých kategorií. Tento proces byl opakovaně kontrolován s původní výpovědí respondentek. Po analýze všech rozhovorů byly definitivně pojmenovány získané kategorie. Ty byly poté rozpracovány a doplněny přiléhavými citacemi získanými z rozhovorů.

7 Výsledky výzkumu a jejich analýza

7.1 Rozhovory

7.1.1 Výzkumná otázka č. 1: Jaká je zkušenost žen s rozloučením s dítětem po perinatální ztrátě?

V rámci této otázky nás zajímalo několik aspektů. Zaměřili jsme se na to, zda ženy měly možnost **vidět** své dítě po porodu, a jestli následně proběhl nějaký **rituál loučení** s dítětem (pohřeb či jiná forma rozloučení). Zjišťovali jsme také, zda mají ženy na své dítě nějaké konkrétní **památky.**

Možnost vidět dítě po porodu

Jak vyplývá z teoretických poznatků, možnost dítě po porodu vidět a pochovat si ho, pomáhá rodičům toto dítě poznat a rozloučit se s ním. V našem souboru mělo 5 respondentek možnost své dítě po porodu **vidět** a **rozloučit se s ním.** Ženy, které tuto možnost měly, jsou za ní **vděčné** a považovaly ji za velmi **významnou** v procesu loučení se a vyrovnávání se s danou situací.

„Mělo to naprosto zásadní význam, zrovna tak jako, že jsem si jí pochovala, rozbalila dokonce. Že jsem našla odvahu se na ní podívat. Ale já věděla, že můžu, že je mrtvá čerstvě. A bylo to naprosto dokonalý miminko. Pro mě to bylo strašně důležitý ji vidět a pochovat si jí. Vůbec si nedovedu představit, že jsou ženy, které to dítě porodily a neviděly ho, bez toho já bych to nedala nikdy, já bych to nepřežila, já bych se s tím nikdy nesrovnala.“(Martina)

„Ale bylo to strašně hezký moc jí mít, aspoň na chvíli.“ (Klára)

„Já jsem se chtěla podívat. Protože jsem si říkala, že bych ho chtěla vidět. A ještě jsem si říkala, že je miminko vlastně čerstvě umřelý, že to nebude nějakej strašnej pohled. Jo, kdybych asi měla v sobě tři týdny mrtvý miminko, tak nevím, jestli bych to snesla, ale takhle jsem si říkala, že to bude ještě hezký miminko. A bylo.“ (Johana)

Pro jednu z respondentek byla možnost rozloučení se s dítětem tak podstatná, že **cíleně zvolila porodnici**, kde věděla, že jí to bude umožněno.

„Každopádně jsem věděla, že i když je mrtvá, tak to pro mě bylo dítě, i když se ještě nestihlo narodit a bylo pro mě nesmírně důležitý všechny ty rituály toho rozloučení, takže já jsem jí chtěla vidět. Šla jsem do nemocnice cíleně s tím, že jsem věděla, že mi to ta nemocnice umožní. Naštěstí, ale to nebylo štěstí, to tak mělo být, jsem měla kamarádku, které jsem v okamžiku, kdy mi to doktor řekl, že to miminko je mrtvý, zavolala a ona začala obvolávat ty nemocnice a zavolala mi a domluvila mi to a zeptala se jich, jestli mi to umožní, abych si ten plod pochovala, ať bude vypadat, jak chce. Ať mi to nechají, protože nikdo nevěděl, co bude. Nebo ta nemocnice rozhodně, ne. Já jo, já jsem věděla, že je mrtvá chvilinku. Ale oni si mohli myslet bůh ví co. Oni jí to i říkali, že to nemusí být dobrý pohled. A ona řekla, ať to nechají na mě. A ten doktor jí slíbil, že mi v tom nechají maximální volnost, že mi umožní, co budu potřebovat. Tak já jsem věděla, do které porodnice mám jít.“ (Martina)

Zbývající respondentky (5) své dítě po porodu neviděly. Dvě z nich tuto možnost odmítly, i když u jedné je patrné, že si svým rozhodnutím není úplně jistá. Dalším z nich to nebylo nabídnuto či umožněno. Dvě respondentky, kterým nebylo umožněno své dítě vidět, vyjadřují nad nemožností rozloučit se **lítost**.

„Manžel se přitom díval, já jsem se nedívala. Já si pamatuju jenom, jak ze mě vypadlo a pamatuju si tu hlavičku, pamatuju si, že jsem porodila dítě. Samozřejmě jsem zavřela oči, nechtěla jsem to vidět, prostě vůbec. To ne, to by bylo v tu chvíli asi příliš těžký.“ (Eva)

„Potom, já jsem jí teda vidět nechtěla. Oni se mě na to ani neptali, ale neptali se mě na to z toho důvodu, že já jsem to hlásila hned jako první. Že jenom proboha, ať jí nevidím. Toho jsem se hrozně bála, strašně jsem se toho pohledu bála. Možná, že s odstupem času mě to párkrát zamrzelo, že jsem tu sílu nenašla.“ (Adéla)

„Vůbec mi to neřekli. Ani že bych tu možnost měla… Hm, určitě bych jí chtěla vidět… Já v tý možnosti pochovat si to miminko a rozloučit se s ním cítím něco, že člověk ještě tomu miminku dá, to co všechno může. Já jsem měla asi pocit, jak právě bloudila ta dušička někde v mý hlavě…jsem říkala, vždyť já jsem jí opustila. Kdo se teď o ni postará, kde je teď vůbec. Takovej nevysvětlitelnej strach jsem měla. A věřím, že tohle může přinést klid a takový to vyrovnání prostě.“ (Marcela)

Pro jednu z žen, která toužila své dítě vidět, byl velmi zraňující přístup zdravotníků, kteří jí to i přes její prosbu neumožnili. Nutno podotknout, že této ženě zemřelo dítě před 17 lety. Od té doby se přístup zdravotníků k ženám v této situaci v mnohém zlepšil.

„A pak teda to je jeden z mých nejhorších životních zážitků. Protože já jsem se chtěla na miminko podívat. Oni mě fakt znásilnili. Oni se na mě vrhli, seřvali mě, že se na to nesmím dívat, nekoukejte se na to. Pak mě uspali a vyčistili, takže já už pak nic nevím. A pak mi všechny dotazy, co jsem měla na to téma, jsem se ptala, co se s tím tělíčkem stalo… No o to se nezajímejte, buďte ráda, že nic nevíte, absolutně zákaz.“ (Katka).

Rituál rozloučení

Rituál rozloučení je také důležitý pro **přijetí reality ztráty**, mnohdy pomáhá uzavírat jednu bolestnou etapu. Pohřeb dítěte proběhl u poloviny respondentek. Další 3 respondentky si pak udělaly **náhradní rituál** a pouze u dvou neproběhl žádný. Pohřeb respondentky vnímaly jako **možnost rozloučit se**, důležité pro ně také bylo, že věděly, kde dítě je.

„Ale ani já sama jsem nevěděla, dokud jsem ten pohřeb nevykonala, jak moc mi pomůže to uzavřít.“ (Martina)

„Jo, určitě je to lepší než..já bych nedokázala třeba ji někde nechat a tak jako co, tak ji někde spálej nebo zahrabou. To ne, určitě je to lepší v tom, že se ten člověk může rozloučit. Že jsme se s ní mohli rozloučit, že jsme jí mohli tohleto udělat. A vlastně máme jí doma v urně, takže je v podstatě pořád s náma.“ (Klára)

„Nechala jsem si ji zpopelnit a dali jsme si ji sami do hrobečku na zahradě. Nechali jsme udělat bílej hrob a je teda tam na zahradě. Já jsem ji nechtěla dávat nikam na hřbitov. Mám jí prostě blízko, takže je tam.“ (Adéla)

„Že jsme měli asi po měsíci takovej se mší svatou pohřeb s příbuznejma, s hostinou.“(Johana)

Dvě respondentky, které přišly o dítě v ranější fázi těhotenství, se nesmířily s myšlenkou, že by s jejich dítětem mělo být naloženo jako s biologickým materiálem, bylo pro ně velmi důležité, aby měly **možnost dítě pohřbít.**

„No, to pro mě bylo hodně důležitý, protože jsem se nemohla smířit s tím, že by naše dítě skončilo jako biologický odpad. Obrátila jsem se na známou lékařku a zjišťovala jsem a ještě přes internet nějaký rady a zkušenosti a zjišťovala jsem, jestli je možnost ten plod získat a pohřbít ho. Tak nakonec díky manželovi a paní doktorce, která se znala s těmi na gynekologii, se to podařilo zařídit. Že pohřební službě vydali z patologie to tělíčko. Můj manžel obstaral truhličku, ta pohřební služba ho dostala do té truhličky a pak jsme ho jen s manželem a knězem pohřbili do rodinného hrobu a tam ho máme a chodíme tam za ním.“ (Jitka)

„A pak jsme té paní doktorce řekli, co bude potom, co bude po pitvě s tím tělem. A ona se nějak zatvářila, jako co je to za otázku. A my no, ale my jí chceme. A ona se jen na chvilinku zastavila a pak řekla dobře. A opravdu jsme ji dostali, takže já jsem dokonce měla urnu.“ (Martina)

Jako významné některé respondentky zmínily, že tak mají **místo, kam za dítětem mohou chodit.** Mají možnost se k prožité události vracet, dítě si připomínat.

„Jako, nevím no…to bylo hezký to rozloučení prožít a i to, že teď je na tom místě, tak tam můžeme chodit. Jsem ráda.“ (Johana)

„Tak ten pohřeb jsem nečekala, jakou hloubku má. Každý ten pohyb. To, že já jsem vymyslela, jak to bude. Že popel bude na veřejném místě v lese. Jak musí vypadat to místo, co od něho očekávám. Že musí být sice blízko nějaké trasy, kde se můžeme pohybovat. Že to nesmí být daleko, aby, když dostanu chuť, abych tam došla, ale přitom to musí být mimo to hlavní, abych tam mohla v klidu sedět. Že to má být vyhlídka. A že na zahradě bude kámen, jako pomníček, kterej když se budem stěhovat, tak se dá odvízt s sebou. A že ten kámen jí našel manžel a donesl ho z lesa. A že to místo jsem mu popsala a zase ho našel on. Že se to tam tak dokonale spojilo to ženský, že já jsem si to vymyslela a on mi to zrealizoval.“ (Martina)

„No, určitě hrozně důležitý. Ale i to, že máme místo, kam za ním můžeme chodit. Bylo to rozloučení s ním. Sice byl s náma krátce, ale prostě byl no a takhle jsme se s ním rozloučili s tím, že ho budeme chodit navštěvovat a budeme na něj myslet.“ (Jitka)

Z výpovědí respondentek je zřejmé, že rituál rozloučení může mít velký význam i po delší době. Jedna z žen pohřbila své dítě až několik měsíců po porodu,

protože dlouho vše komplikoval fakt, že v nemocnici spletli pohlaví. Dospět k pohřbu pro ni byl určitý proces, na jehož cestě se jí podařilo řadu věcí pochopit. Velkou roli hrála **příprava pohřbu** a s ním spojené rituály a také možnost sdílet tuto činnost s partnerem.

„Do toho, že jeden den jsem mu to řekla, že už je to ono. Druhý den jsme šli, on šel a řekl tady, to je to místo a vykopal tu díru, nasypali jsme tam ten popel, udělali tu mohylku, zapálili svíčku. Pak jsme vypustili balonky dva, jako takový to, že ji pouštíme. Pak jsme jeli do kostela, přesto, že my nejsme standardně věřící, ale to místo je dost silný. Navíc je to mariánský poutní místo, takže to mělo tu symboliku toho mateřství. Takže jsme jeli tam, pak jsme si šli na oběd. A na druhý den až v klidu on jí vytesal ten kámen. Takže jsme to rozdělili do celýho víkendu." (Martina)

„A potom to najednou udělalo cvak a stala se z toho minulost. Já nevím, jak. Ale najednou a já jsem měla pocit, že je to strašně dávno. Úplně neuvěřitelně silně. Úplně to ve mně jako zapadlo a tak se to rozložilo do té duše a najednou jsem mohla jít dál." (Martina)

Tato respondentka považuje pohřbívání nenarozených dětí a možnost rozloučit se s nimi za tak zásadní, že by se ráda angažovala v tom, aby tato situace byla pro ženy jednodušší, aby byly ženy podpořeny a dostalo se jim potřebných informací.

„A vím, že ty ženy vlastně si o to neřeknou, protože mají pocit, že kdyby to šlo, tak by jim to nabídli. A ty zdravotníci to neudělaj, protože mají pocit, že kdyby to ty ženy chtěly, tak si o to řeknou. Je tam tak obrovská komunikační mezera, ale tu odnesou ty ženy. A ony jsou tam v pozici těch slabších a my bychom, jako ta společnost, jim měli jít naproti. A toto se neděje." (Martina)

U jedné respondentky byla po deseti letech **odsloužena mše** za její zemřelé dítě. Teprve tato zkušenost jí umožnila její **ztrátu přijmout a zároveň dítě odevzdat**.

„A ten kněz mi říkal a ty jsi neměla žádnej obřad? A já jsem říkala, no nic nebylo. A on mi sám nabídl, jestli se nesloužila mše, tak já ti normálně odsloužím mši, jenom pro tebe, zavřeme kostel a ty se s tím miminkem rozloučíš, tomu Pánu Bohu ho tady odevzdáš, to prostě musíš, to nemůžeš nechat takhle. Já jsem tam pozvala, asi 4 lidi tam byli. Manžel tam byl. Dvě takový moje blízký kamarádky,

který mi hodně pomohly… Takže to bylo po 10 letech konečně takový rozloučení, kdy jsem to vypustila.“ (Katka)

„A touhle mší se mi podařilo to miminko… já jsem ho pohřbila najednou v tu chvíli, odevzdala jsem ho někam do nebe.“ (Katka)

U některých respondentek **rituál loučení neproběhl**. Dvě z respondentek o pohřeb svého dítěte nestály.

„V žádným případě nemám pocit, že bych měla mít jeho hrobeček. Oni nám nabídli… Dostanete rodný list, zároveň to je úmrtní list, má přidělený normálně rodný číslo, je zaevidovaný v matrice, normálně existuje.“ (Eva)

„Pojmenování jsme nechtěli, pohřeb jsme nechtěli. Nic z takovejchhle dalších. Ještě tím, že ona měla pod jeden kilogram, takže z nějaké jejich klasifikace to bylo do skupinky potrat. Takže nebylo potřeba vystavovat nějaký rodný listy, úmrtní…nic.“ (Alena)

Jedna respondentka uvedla, že nevěděla, jak se v dané situaci zachovat a také chtěla **mít vše rychle za sebou**. Svého rozhodnutí později litovala, a kdyby mohla, zachovala by se jinak.

„Neproběhl. My jsme vůbec nevěděli, jak se máme chovat. Nebo jak se člověk v takových situacích chová. Jestli má to miminko pochovat nebo ne. Protože je to miminko, který vlastně v životě neměl, když to takhle řeknu. A v tý nemocnici nám akorát sestřička říkala, že většina maminek to dělá tak, že to nechává na tý nemocnici, že ona naloží s těma ostatkama. Kdybych si to prožila ještě jednou, tak určitě se zachovám jinak. Že bysme si to miminko určitě nechali pohřbít sami. Ale v tu chvíli jsem nevěděla. S manželem jsme říkali, že to necháme být, že se budeme soustředit na to, co je před náma, že to chceme mít rychle za sebou všechno a že se k tomu nechceme takhle vracet, i když to asi není od věci se k tomu vrátit a mít ten rituál. Takže teď bych to udělala jinak.“ (Lucie)

Tato respondentka dále uvedla, že si na základě doporučení od psycholožky udělali **náhradní rituál.**

„Udělali jsme si. My jsme byli u psycholožky na jednom sezení. A ona nám doporučila, že si máme udělat nějaký místečko. Takže jsme si vystavili fotky z ultrazvuku a zapálíme si svíčku.“ (Lucie)

Také další z respondentek, u které neproběhl pohřeb, pomohlo **vytvoření pietního místa,** kde může na své dítě vzpomínat a rozmlouvat s ním.

„Ale třeba ten andělíček s tou svíčičkou, co mám prostě tam na tý poličce, tak to je pro mě takovej symbol, tam jakoby ta dušička nějak sedí nebo prostě něco tam je. A mluvím s ní třeba.“ (Marcela)

Památka na dítě

Jak uvádí Enkin (1998), fotografie dítěte či jiná památka na ně je velmi důležitá, protože pro rodiče znamená hmatatelný důkaz existence jejich dítěte. Také pro ženy v našem souboru bylo velmi důležité mít na dítě nějakou **památku.** Při vytváření památek na dítě hrají velkou roli zdravotníci, kteří by měli tuto možnost rodičům nabídnout, případně pořídit fotografii, kterou by si mohli rodiče následně vyzvednout.

Jak vyplývá z výpovědí našich respondentek, tato možnost byla nabídnuta pouze dvěma ženám. Oběma z nich se dostalo informací o významu rituálů loučení. Tyto dvě respondentky jako jediné z našeho souboru mají své dítě po porodu vyfocené. Některé (4) respondentky naopak vyjádřily **lítost** nad tím, že fotografii či jinou konkrétní památku na dítě nemají. Z toho je patrné, jak je podpora zdravotníků v této otázce významná.

„Oni měli celkem vypracovaný papíry na tyhle situace. Co si přejeme, jestli budeme chtít pojmenovat, vyfotit…měli asi 2-3 stránky nějakých dokumentů. Na jednu stranu mi to přišlo takový strašidelný, že mají na to dokumenty, to znamená děje se to, stojí jim to za to vypracovat ty dokumenty. Ale na druhou stranu ty informace, není to k nalezení, hodně jsem to uvítala. Protože člověka nenapadne, co by třeba mohl.“ (Alena)

„Ale mohli jsme s ní být na tom sále, mohli jsme si jí vyfotit. Bylo to divný, ale chtěla jsem, přece jenom je to moje dítě. Pak i oni dělali nějaký fotografie a mohlo se o ně požádat, ale to my jsme nechtěli, protože jsme si jí vyfotili sami.“ (Alena)

„Že na nás byli opravdu milí, byli hodný, byli vstřícný. I nám sami nabízeli, jestli jí chceme vidět, že ji tam můžeme mít, že si ji můžeme vyfotit.“ (Klára)

V ostatních případech **nebyly ženy podpořeny** v tom, aby se s dítětem rozloučili a pořídili si nějakou památku.

„V tomhle směru nebyl personál zcela dobře vyškolen, nechápali, že ta bolestná fáze rozloučení je pro rodiče moc důležitá, ani to, že by si mohli udělat památku. Stavěli se k tomu, jak kdyby nás ho chtěli se co nejrychleji "zbavit". Zpětně už s tím nic neuděláme. Škoda. I pro ně to bylo jistě šokující a nevěděli, jak se k nám zachovat.“ (Lucie)

Jak je patrné z výpovědí některých žen, **později toho litovaly** a nějakou památku na dítě by uvítaly.

„A jediná věc, které lituju na tom celém. Všecko to proběhlo naprosto úžasně. Nevím jak to říct, ono je blbý říct, že jsem na to hrdá ale v podstatě jo, že jsme to prošli takhle vědomě. A jediný co, že jsem si jí nevyfotila... Mě to napadlo, ale přišlo mi to blbý. A velice brzo potom jsem věděla, že jsem to měla udělat. Že to je jediná chyba, kterou jsem udělala v celým tom procesu od toho, kdy zemřela. Do té doby než zemřela jsem těch nějakých kroků, rozhodnutí udělala pár, a udělala bych je dneska jinak. Ale z těch rozhodnutí, co byly po její smrti, bych udělala jenom jedno. Že bych si jí vyfotila bez ohledu na to, co by si o tom někdo myslel.“ (Martina)

„Jediný co mě v tu dobu vůbec nedošlo a teď, kdybych to věděla, tak bych se rozhodla jinak. To bylo, já jsem vůbec netušila v tu dobu, že je možný otisk nožičky nebo třeba pramínek vlasů. To já jsem vůbec netušila. Kdybych to věděla, tak bych si to udělat rozhodně, stoprocentně nechala. Ale v tu dobu asi, jak ty doktoři řešej ten způsob toho porodu a tak dále, tak se nezmíněj. Možná, že se zmínili, možná o tom jenom já nevím. Je to možný. Ale tak tohle.“ (Adéla)

„A i za fotku bych byla moc ráda, ale v tu dobu jsem vůbec netušila, že by to bylo možné.“ (Johana)

Respondentky by uvítaly, kdyby tuto možnost v nemocnici **aktivně nabízeli**, protože i když samy mohly mít zprvu potřebu mít vše rychle za sebou, později toho litovaly. Je zřejmé, že potřeba mít na dítě památku se může objevit až později.

„A i v tý porodnici taky by mohli navrhnout…asi to někde dělaj.. jsem se pak dozvěděla, že si někdo nechává nějakou fotku, že si vyfotí miminko, to by mě nenapadlo v tu chvíli. Nebo vlasy. A pak mi to přijde hezký, že má člověk tu vzpomínku. Ale vůbec to ten porodní personál nenavrhnul.“ (Lucie)

„Ale to je jediný. Jenom teda ten otisk nohou a toho. A to si myslím, že i když ty rodiče… V tu chvíli si myslím totiž, že každýmu je ten moment takovej, že se snažej rychle pryč. Ať už je to rychle za nima. Rychle na to zapomenout. Myslím si, že většina lidí má takovej ten vytěsňovací ten. Že rychle pryč, ježiši už to dejte rychle pryč, jako že se to nestalo a já půjdu dál. Ale to je dycky jenom první tejden, první dva. Pak to začne mrzet. Jako třeba teďka mě, že nemám vlastně nic. Aspoň teda mám ty 3D fotky. Někteří rodiče nemají vůbec nic, že maj jenom ty klasický fotky z ultrazvuku a jinak nic jinýho. Ale tohle to, to si myslím, že i když se to těm rodičům zdá ze začátku takový: Ne, to nechceme, to nic, tak to by si pořídit měli. Protože, vždyť nemusej se na to koukat potom, třeba pořád budou mít ten názor, že to nechtěj. Ale pro ten moment, kdy přijde takový to, jsem hloupá, měla jsem to… Tak si myslím, že pro ten moment je to dobrý, protože to je jediný, co jim po tom děcku zbyde. Nic jinýho.“ (Adéla)

I když ženám nebylo umožněno pořídit si památku na dítě přímo v porodnici, nebo je to v tu chvíli nenapadlo, je pro ně nějaká **hmatatelná památka** na dítě velmi důležitá. Jako památku uvedly respondentky například přívěsek s popelem dítěte, několik respondentek zmiňovalo také fotky z ultrazvuku nebo těhotenské fotky. Pro jednu z respondentek je památkou tričko, které mělo její dceři patřit.

„A pak mi teda hodně pomohlo tohle, v tom je zalitej její popel. To jsem si nechala udělat při tom zpopělnění. Nechávala jsem si zalít do skla trochu toho popelu, symbolický množství. A to taky bych řekla, že hodně pomohlo.“ (Adéla)

„Ale mám fotku, protože já jsem byla rozhodnutá, že se nechám vyfotit v půlce těhotenství, takže tři dny předtím než umřela tak mám těhotenský fotky. Spoustu. Já jsem měla fakt malý bříško, nikde na mě nic nebylo, měla jsem pořád tu váhu, co mám. Ale mám to vyfocený, mám krásnou vzpomínku.“ (Martina)

„Jediný co jsem, to není vyloženě taková památka. Byly dvě takový malý bodýčka, který jsem dostala, když jsem ji čekala, mně se strašně líbily a byly takový neutrální. A vím, že jsem na ně radostně pokukovala a jak jsem se zbavovala téměř všeho, tak těch jsem se nezbavila… A do dneška je mám uložený a nevydala bych je. Měly jí patřit a nemohly jí patřit.“ (Katka)

Pro větší přehlednost a shrnutí uvádíme v následující tabulce přehled rituálů, jak u kterých respondentek proběhly a také jejich postoj k danému tématu.

Tab. 4 Rituály rozloučení s dítětem

Jméno	Kontakt s dítětem	Postoj
Adéla	Neviděla, nechtěla	Je spíše ráda.
Alena	Viděla	Je ráda.
Eva	Neviděla, nechtěla	Nelituje.
Jitka	Neviděla	Nelituje.
Johana	Viděla	Je ráda.
Katka	Neviděla, nebylo umožněno	Lituje.
Klára	Viděla	Je ráda.
Lucie	Viděla	Je ráda.
Marcela	Neviděla, nebylo nabídnuto	Lituje.
Martina	Viděla	Je ráda.

Jméno	Rituál loučení	Postoj
Adéla	Pohřeb	Je ráda.
Alena	Pohřeb neproběhl, nechtěla.	Nelituje.
Eva	Pohřeb neproběhl, nechtěla.	Nelituje.
Jitka	Pohřeb	Je ráda.
Johana	Pohřeb	Je ráda.
Katka	Mše po 10 letech	Je ráda.
Klára	Pohřeb	Je ráda.
Lucie	Neproběhl (poté vytvořeno pietní místo)	Lituje.
Marcela	Neproběhl (poté vytvořeno pietní místo)	Lituje.
Martina	Pohřeb	Je ráda.

Jméno	Památka	Postoj
Adéla	Má fotku z ultrazvuku, přívěsek s popelem	Lituje, že nebylo nabídnuto a vytvořeno např. otisk nožičky, pramínek vlasů atd.
Alena	Fotka dítěte	Je ráda
Eva	Nezjištěno	Nezjištěno
Jitka	Fotka z ultrazvuku, látkový anděl.	Za tyto památky je ráda.
Johana	Po porodu nemá nic, jen fotku z ultrazvuku.	Lituje, ráda by měla fotku dcery.
Katka	Pouze bodýčko, které v těhotenství dostala.	Za to je ráda, mělo patřit dceři.
Klára	Fotka, přívěsek s popelem.	Je ráda.
Lucie	Nemá nic po porodu, jen fotku z ultrazvuku a těhotenský test.	Lituje, ráda by měla konkrétnější památku (fotku, otisk nohy atp.)
Marcela	Nezjištěno	Nezjištěno
Martina	Těhotenská fotka	Lituje, že si dceru nevyfotila po porodu.

7.1.2 Výzkumná otázka č. 2: Dostalo se ženám potřebné pomoci a od koho?

V rámci této výzkumné otázky jsme zjišťovali, zda se ženám od jejich okolí dostalo opory. Kdo jim tuto oporu poskytoval a zda pro ně byla dostatečná. Všechny respondentky měly nějakou podpůrnou osobu, tyto osoby se však u jednotlivých respondentek lišily. Za hlavní představitele sociální opory je možné označit **rodinu**, zde především **partnery** žen. Dalším významným zdrojem opory jsou **přátelé**. Zajímalo nás také, jakou roli hráli zdravotníci a jaká je zkušenost žen s odbornou pomocí.

„Ale je fakt, že když si to vezmu zpětně, tak jsem podporu měla velkou. Paradoxně, jak málo si myslím, že mám přátel. Tak zase ty lidi, který kolem mě jsou, tak ti byli úplně přesně takoví, jaký já jsem tehdy potřebovala. Ti duchovní vůdci nebo ti terapeuti, já nevím, jak jim budeme říkat. Můj manžel, moje matka, můj bratr, moje kamarádka, můj kamarád… To je jako spousta lidí, kterým jsem mohla říct pravdu.“ (Martina)

Partner

Pro polovinu našich respondentek byl partner nejbližší a nejdůležitější osobou, se kterou mohly svou ztrátu sdílet. Důležitá pro ně byla možnost **naslouchání**, **vzájemného vypovídání se**, **sdílení společného zážitku.**

„Že jsem si s ním mohla povídat o všem, že jsme to prožívali spolu. To prožití té stejné události. Že mi říkal i své pocity, co se mu zrovna honí hlavou. To bylo taky pro mě dobrý. Mohla jsem mu prostě říct úplně všechno. Že jsme to prožívali spolu. To byla opora pro mě.“ (Lucie)

„To že jsme spolu brečeli, že jsme se spolu modlili.“ (Johana)

„Můj manžel tu byl pro mě pořád a je do dneška. Plně a vědomě. A všechno, co jsem potřebovala, mi dopřál. Ale naprosto, bezvýhradně. V okamžiku, kdy jsem potřebovala, aby to vydržel, tak to vydržel. V okamžiku, kdy jsem potřebovala, aby mě nechal na pokoji, tak mě nechal. Ale on to věděl. My jsme to nemuseli říkat. To přirozeně plynulo, bez nějakých velkých keců.“ (Martina)

„Tak jsme o tom pořád mluvili a hrozně mi to pomáhalo, že to bylo jako by byla pořád s náma. Takže jsme o tom pořád mluvili, mluvili jsme o ní, jak já jsem to vnímala, jak on to vnímal, jak to chápeme, jak se u toho cejtíme. A první tejden jsme takhle spolu mluvili v podstatě pořád. I teď spolu o tom mluvíme, už ne tak

často, ale i tak to spolu vše probíráme. A já jsem hrozně ráda, protože mi manžel byl strašně velkou oporou. Že byl celou dobu se mnou, že se snažil kvůli mně být statečnej. Když by se sesypal ještě on k tomu, tak nevím, jak bysme to ustáli oba dva. Takže se snažil být ten silnější a že mi v tomhletom hrozně pomohl. A díky tomu jsem si celou dobu nepřipadala sama na to. (Klára)

Dvě respondentky velmi ocenily praktickou **pomoc manžela při zařizování pohřbu.**

„Nejvíc určitě s manželem, který mi byl velkou oporou. Hrozně jsem mu vděčná za to, že tenkrát pomohl zařídit všechny ty věci kolem toho pohřbu. Protože já jsem ležela v tom šestinedělí, určitě 14 dní jsem ležela a moc jsem nefungovala. A on to všechno krásně zařídil a nechal mě vybrečet. Tohle bylo pro mě určitě nejdůležitější, že mě fakt nechal." (Jitka)

„A bylo to hrozně zvláštní ten pocit, kdy já jsem v kuchyni a dělám jídlo a slyším to tesání do toho kamene. A taková ta vděčnost, že to ten chlap vlastně umí. Já nevím, jestli každej chlap umí tesat do kamene. Já ani nevím, jak to že ten můj to umí, ale prostě tesal do kamene. A přitom já jsem to vnímala jako krásu a pro něho to byla hrůza, já to chápu…prostě tesat kámen na hrob vlastního dítěte." (Martina)

Partner je většinou žen vnímán jako důležitá, blízká osoba. Pokud se jim tedy od něho **nedostalo náležité opory**, jednalo se o náročnou situaci. K tomu docházelo, když se muži **uzavírali** a **nebyli schopni o společné ztrátě mluvit**. Nedostatečnou oporu od partnera vnímaly 4 respondentky.

„Já jsem pak fakt byla psychicky na dně, protože neměla jsem tu oporu, neměla, prostě neměla jsem ji od toho manžela, prostě neměla. Ale to je otázka, třeba jsem si o ní ani neříkala, to je těžký, nevím, prostě nevím…" (Eva)

„On teda o tom vůbec mluvit nechtěl. Kolikrát se i rozčiloval, křičel, že už o tom nemám mluvit, že už to nevrátím, že proč o tom mluvím. Je prostě asi jinak nastavenej. Je tady v tom takovej, že to v sobě zavře a víc nic." (Adéla)

„Třeba ze začátku byl takovej hodně plačtivej. On je takovej hodně citlivej člověk, takovej trošku umělecky laděnej, možná až přecitlivělej. A možná to chtěl vytěsnit, možná prostě jak nechtěl pořád brečet, tak radši o tom nemluvil už potom. Takže jsem o tom mluvila vlastně pořád jenom já. Já jsem se třeba vrátila z tý

nemocnice a pořád jsem měla potřebu o tom hovořit. Nebo i o tom, co jsem tam zažila. A on mě vždycky tak jako poslechl a šel od toho. A začal řešit normální věci.“ (Marcela)

Jedna z respondentek popsala, že její manžel řešil celou situaci tím, že z ní „zmizel“. Po letech se tento muž své ženě omluvil a zúčastnil se rozlučkové mše, která se konala.

„Vymizel, vycouval pryč, snažil se nechodit domu. Já jsem věděla, že je citlivej a že by potřeboval pomoct, ale že já jí teď potřebuju víc, takže když nemám odkud čerpat, že nejsem schopná mu dávat a jediná od něj pomoc se naskytla jednou. Kdy teda asi mu došlo, že je nějakej velkej problém a že bych byla schopná někde skočit pod metro či co, tak mi jenom řekl, já tě odvedu do kostela a fakt mě odvedl do kostela. Věděl časy, tak věděl, že tam kněz je. Strčil mě tam, řekl: nějak to řeš, a odešel. Takže takhle se to snažil řešit. Ale asi taková ta podpora, kterou by člověk čekal, tak to nefungovalo. Já po těch letech už vím, že on by ani nemohl, on tam nemá ty radary na to.“ (Katka)

Tři respondentky popisovaly **neshody** při **plánování dalšího těhotenství**. Jednalo se o situaci, kdy ženy po dalším těhotenství toužily a usilovaly o ně, ale jejich partneři na to v té době ještě nebyli připraveni.

„Pak bylo strašný to dělání toho dítěte, u nás to byla křeč. Tak teď jsou ty plodný dny, teď musím do toho jít. Tak manžel byl z toho takovej dost … tak já jsem brečela, protože jsem měla pocit, že mi v tom nechce pomoct. To musím říct, že jsem se v tom cítila hodně sama, manžel mi v tom vůbec nepomohl. V takových těch pocitech, v tom povídání… nechal to prostě na mě.“ (Eva)

„A já jsem třeba šla z tý nemocnice s tím, že opravdu to ještě zkusím. To byla taková jediná naděje, která mě držela nad vodou. A on o tom nechtěl ani slyšet, on prostě už nechtěl žádný dítě. Tak vlastně možná i kvůli tomu se o tom nechtěl bavit.“ (Marcela)

„Já dítě chtěla strašně, on už ho nechtěl. To byl důvod, jednoznačnej důvod rozchodu.“(Adéla)

Dvě z respondentek z našeho souboru **se s partnerem po ztrátě dítěte rozešly**. Ani v jednom případě se nejednalo o manželství. U obou byly patrné obtíže v komunikaci a neshody ohledně plánování dalšího těhotenství. Pro jednu

z těchto respondentek byla touha po dítěti tak velká, že vzápětí po rozchodu s partnerem otěhotněla s jiným mužem.

„Partner o tom mluvit nechtěl a řekla bych, že to byl možná ten důvod toho, proč už jsme k sobě nikdy nenašli cestu potom. Ze začátku to vypadalo, že ba naopak, že nás to dá ještě víc dohromady. Ale to tak vypadalo první dva, tři týdny, kdy je člověk v tom nejhorším šoku.“ (Adéla)

„Ale v tu chvíli je člověk v takovým stavu, že si řekne mně je úplně jedno, s kým to bude. Hlavně, že to dítě mít budu. Protože teď to dítě nemám. A teď to je strašný, hrozně chybí.“ (Adéla)

„Nevím, jestli to bylo, my jsme se pak scházeli a rozcházeli ještě asi dva roky.“(Marcela)

Velmi významný je **porod, jako společný zážitek**. Pět respondentek mělo svého partnera u porodu. Pokud muž u porodu nebyl, nebo nemohl být, způsobilo to mezi některými partnery komunikační bariéru.

„Ale protože měl domluvenej nějakej odvoz nějakýho člověka, já nevím nějakýho řemeslníka, tak prostě z toho sálu v podstatě utekl. Takže mě tam nechal. A vedle teda zrovna ležela, zrovna rodila, ta maminka, co byla vedle mě na tý posteli. A ta tam teda měla partnera, tak jsem si říkala, že je to takový smutný, že já jsem tam na to sama.“ (Marcela)

„Já bych řekla, že tím, že se mnou byla ta mamka u toho porodu a ten brácha, tak já jsem se upla na ty lidi, co tam se mnou byli, co to se mnou prošli. A tím, že on tam nebyl, ne vlastní vinou, ale prostě byl v práci, tak tím bych řekla, že byl trošku odtrženej, trochu mimo to.“ (Adéla)

Zajímalo nás také, zda ženy vnímaly, že by se jejich a partnerovo prožívání nějak lišilo. Nejčastěji ženy zmiňovaly to, že partner byl **ochuzen o prožitky spojené s dítětem**.

„Tak mě přišlo spíš to, že to vnímá jinak než já, protože ne že by ho to míň bolelo, ale že to vnímá jinak než já, protože jí tolik neznal. Protože přišel o to všechno, co já jsem cítila, co má vlastně jenom maminka. Že to v tomhle je úplně jiný.“ (Klára)

„To určitě jo. Protože tam je i ten aspekt toho, že já jsem s tím miminkem byla úplně spojená, takže já jsem přišla o kus sebe, což ten muž takhle nemá. On to vzal jako věc, která se stala, je to smutný, ale jdeme dál. Myslím, že ten okamžik, kdy on se tím trápil, byl u něj mnohem kratší než u mě. Protože on to vzal racionálně. Zatímco já jsem musela zpracovat všechny svoje pocity, kterých bylo tisíc.“ (Jitka)

„Já myslím, že ne. On je hodně citlivý. I když asi chlapi jsou citliví, tak on my přijde dost podobnej jak ženská nebo možná víc citlivější než já. Někdy jsem si říkala, že to prožívá víc než já. Ale myslím, že to prožívání je podobný. A on ještě on to byl syn, takže možná je ještě víc smutnej, že se třeba těšil na to, že bude mít kluka. Takže asi on tam má takovýhle nějaký, že to byl syn. Ale nepřijde mi, že by to prožíval jinak než já.“ (Lucie)

„Já jsem to prožívala navenek a on možná dovnitř. Já to třeba už s odstupem času víc chápu. Tenkrát jsem ho vůbec nemohla pochopit.“ (Marcela)

„Myslím, že v tu chvíli úplně ne. V tom prvním období ne, jako až pak později. Já už jsem spíš chtěla jít dál a nebála jsem se tolik, že bysme měli další miminko. A on se asi podvědomě bál mnohem víc. Takže potom trošku jo.“ (Johana)

Rodina

Kromě partnerů nalézaly ženy oporu i v dalších členech rodiny. Většina žen (7) cítila v rodině oporu. I když ne vždy od všech jejích členů. To, co ženy potřebovaly, byla **přítomnost druhých**, **naslouchání**, v některých případech také **praktická pomoc**.

„Od rodiny určitě. Říkám, já jsem v tu dobu kolem sebe vnímala maximálně čtyři lidi, víc jsem nebyla schopná asi v tu dobu pojmout. Oni se hodně snažili mi ten čas zaplnit a ten prostor, kterej jsem měla tak hodně zaplnit.“(Adéla)

„Tak rodina ti přijeli do porodnice a objali nás. Ti byli smutní z toho taky, protože těch se to taky hodně týká.“ (Lucie)

„Nechat nás vymluvit, vlastně jsme jim ukázali fotky. Bylo teplo, tak jsme seděli venku pod střechou, říkali jsme jim, co se stalo, nijak se nás nevyptávali, poslechli si to, podívali se na fotky. Všichni byli milý, bylo vidět, že nevědí, co mají

říct, tak jsme jim říkali, že nemá cenu nic říkat, že není pořádně co říct. A i abychom předešli nějakým nevhodným reakcím nebo dotazům, tak jsme jim hned z kraje řekli, že když o tom budeme chtít mluvit, tak jim řekneme. A že nám nevadí o ní mluvit, že o ní chceme mluvit. A i jako, že jsme jim chtěli ukázat ty obrázky. Tak jsme tam seděli, povídali si a pak nějak nám nabídli pomoc, jak podporu, tak finanční.“(Klára)

Několik respondentek ocenilo také **praktickou pomoc**, které se jim dostalo. Ať už šlo o vaření či péči o děti, které v rodině již byly.

„Tak rodina, třeba manžela maminka tady s námi byla asi týden od toho porodu, starala se o dceru a snažila se ji co nejvíc zaměstnat, vařila nám, abychom my s manželem měli čas jenom na sebe.“(Lucie)

„No, rodiče nám vařili.“(Johana)

„Hodně i v těch praktických věcech, pohlídat děti nebo pomoct v domácnosti. To určitě jo. Na druhou stranu tohle je věc, kterou si stejně každej musí odžít sám.“ (Jitka)

Některým respondentkám se pomoci v rodině příliš nedostalo. Jedna z respondentek například mluvila o tom, že nalézala pomoc a oporu hlavně mezi známými a odborníky. Z rodiny jí byla blízko maminka a sestra, naopak od rodiny z manželovy strany se jí opory nedostalo.

„Moje maminka, ta je úplně úžasná, takže ta to se mnou.. chudinka a myslím, že ji to pak strašilo, doteďka to slyší. Myslím, že pro ni to bylo strašně těžký. Jela jsem za ní, byly jsme spolu, snažila se se mnou být. Takže ta byla v pohodě. Moje sestra ta je taková tvrdší, ale taky byla v pohodě, byla milá, nesnažila se to nijak zveličovat... Ostatní příbuzný jsem k sobě vůbec nepustila, nemám s nima dobrý vztahy. A tchýně s tchánem úplně…to jsou strašně zlí lidi a necitelný a necitlivý. A pak spíš říkám, v mym životě to je tak, že mám spíš ty přátele.“ (Eva)

Rodinná situace jedné z respondentek byla v době úmrtí dítěte tak složitá, že nejen, že se jí zde nedostalo potřebné pomoci, ale ještě to celou situaci komplikovalo.

„Nejhorší byl ten vztah s tím mým otcem. To bylo ještě podmíněno tím jeho těžkým chováním ke mně od dětství. Že člověk říká, to už zabalím všechno, ještě tohle se nepovedlo. Takže to bylo asi to, co bylo úplně nejhůř. Pak ta maminka, ty rodiče prostě. Tam, kde by člověk hledal tu oporu. Zas ta máma, jak na mě byla upnutá. Ona mě měla jako jedináčka, i když měla bráchu, ale brácha byl u táty a jsme o 8 let od sebe. Že se upla k tomu, že ona má pravdu o tom, jak to já mám prožívat. A teď se mi snažila vnutit tyhle svoje představy a odmítala to naslouchání.“(Katka)

V jednom případě vše stěžoval fakt, že maminka respondentky nevěděla o těhotenství své dcery a tedy ani o její bolestné ztrátě nevěděla.

„No, já myslím, že ona by mi to spíš stěžovala. Protože ona byla hodně citlivá a myslím si, že by jí to bylo strašně líto. A že kdyby viděla, jak trpím, že by to pro mě bylo ještě horší. A zároveň určitě by mi to byla rozmlouvala, že jsem na to stará a jako proč. Už to těhotenství jsem si říkala, to jí řeknu radši až v tý půlce, až budu mít už jenom za pár. Tak to už nějak vydrží. Nechtěla jsem, aby hned od začátku na mě promítala ty svoje obavy a tak.“ (Marcela)

V našem výzkumném souboru měly 4 respondentky v době ztráty již další dítě. **Dítě, které již bylo doma,** se v situaci perinatální ztráty zdá být velmi podpůrné. Potřeba starat se o ně pomáhá odvést myšlenky jinam, nutí člověka fungovat. Pro jednu respondentku byla dcera největší pomocí v adaptaci na prožitou ztrátu, i když popisuje, že z počátku byla péče o ni náročná.

„Manžel s náma byl týden doma po porodu. Pak když šel do práce, tak jsem ani neměla chuť se o ní starat. Ale to bylo pár dní. Protože člověk musí, nějak se zapojit. Takže nejdřív to bylo těžký s dcerou. Ale to byly asi 3 dny. A pak mi to pomáhalo, že člověk se dostane ven s ní. Myslí na ...ona pak byla nemocná asi týden potom, tak jsem myslela na to, že ona je protivná, nemocná, že jsem řešila jiný starosti, že jsem řešila jí. Tak to pak taky pomůže, že člověk myslí na něco jinýho. A ona je taková, že když jsem třeba brečela těch pár dní potom, co manžel začal chodit do práce, tak ke mně přišla a říkala, maminka pláče. A to se mi taky líbilo od ní.“ (Lucie)

„Nebo kdybych ještě žádný dítě doma neměla, tak to taky hraje roli. Takhle člověk pokračoval v nějakým tom každodenním kolotoči, nebo jak se to dá nazvat.“ (Alena)

„No a pak syn hlavně. Syn je hodně citlivej a hodně je na mě vázanej. Takže ten mi asi pomohl nejvíc. Vlastně úplně nejvíc ze všech lidí.“ (Marcela)

Přátelé

Významným zdrojem opory pro naše respondentky byli také jejich přátelé. Ženy u nich hledaly především možnost **vypovídat se.** Podpora přátel byla obzvlášť důležitá u žen, které neměly dostatečnou oporu v rodině.

„Já jsem se třeba takhle svěřila kamarádce ze cvičení, mně to přišlo, že zrovna ona je člověk, se kterým si o tom můžu povídat. A reagovala hrozně fajn. Řekla, že se mi snaží rozumět, ona má dva velký kluky, ale že prostě si to neumí představit a že mi nebude namlouvat, že si to umí představit, že neví, jaký to pro mě je. Že jestli o tom nechci mluvit, že nemusím, že se mě nebude vyptávat. Ale jestli chci, že jí to nevadí, že si ráda se mnou popovídá.“ (Klára)

„Takže nejlepší byly takový ty kamarádky, co si sedly a prostě se zeptaly, co se stalo, jak se to stalo a takhle si začaly povídat a ptát se.“ (Lucie)

„A pak tam byly dvě kamarádky, které jsou dneska kmotrama mých holčiček, které mi byly na blízku. Který ani nevěděly, byly to svobodný holky, neměly ještě žádnou takovou zkušenost, ale uměly naslouchat.“ (Katka)

„To byly právě jenom ty kamarádky. Manžel vůbec ne, ten se úplně uzavřel. Ten vůbec nebyl schopen. On to má z rodiny, oni vůbec nejsou schopni o věcech mluvit.“ (Eva)

„No, co mně třeba ještě pomáhalo, jsem si vzpomněla… Bylo, že jsem věděla, že ty lidi na mě myslej. Že mi třeba napsali jen mail nebo smsku, kde bylo, je nám to líto, moc na vás myslíme. Tohle bych právě třeba doporučila těm lidem z okolí žen, který se to stane. Aby ty ženy věděli, že na ně někdo myslí. Nebo jsem tu pro tebe, kdybys něco potřebovala, napiš. Že jsem věděla, že mám přátele, na který se můžu obrátit.“(Jitka)

Důležitá byla pro ženy možnost **odreagování se**, ocenily, když kamarádi navrhli nějakou aktivitu, vzali ženy do jiného prostředí.

„My že máme na cvičení tu svojí partu, holky jsou hrozně fajn. Vůbec na nic se mě neptaly, nic neříkaly. Já jsem byla celej měsíc doma, nikam jsem nechodila. Jenom občas k přítelovi na dílnu, ale ani tam moc ne. A vlastně jsem se vrátila, začala jsem znova předcvičovat, protože holky říkaly, jestli bych nechtěla přijít, že by byly rády, že už jim to chybí. Takhle se mě snažily přimět, abych taky vylezla ven. A tak jsem začala znova chodit předcvičovat…" (Klára)

„A kamarádky ty navrhly, že jestli si chci někam jít popovídat nebo sednout, že se na ně můžu obrátit." (Lucie)

„A mně se ozývaly hrozně spolužačky, se hrozně bály, že tam budu doma sama. Takže pořád jsem měla hroznejch návštěv ten týden, když jsem přijela. Protože všichni se báli, abych náhodou nevyskočila z okna nebo tak. Tak se všichni snažili, abych nebyla doma sama, tak jezdili, no." (Johana)

„A asi to byli převážně ty lidi z toho spolča, což byli moji vrstevníci nebo o něco mladší lidi. Kteří prostě řekli, pojď, půjdeme na výlet nebo pojď s náma, tamhle si sedneme."(Katka)

Přátelství nemusí být vždy jen podpůrné, ale mohou se také pod vlivem traumatizující události, jakou perinatální ztráta je, rozpadnout. Jedna z respondentek popsala, jak si na základě této prožité zkušenosti **přestala se spoustou kamarádek rozumět.**

„Najednou je úplně někým jiným. Já jsem si třeba se strašnou spoustou lidí přestala rozumět. Vůbec si s nima nemám co říct, od tý doby. Byli to lidi, se kterejma já jsem i trávila hodně času. Nevím, třeba kamarádky, se kterýma jsem trávila víkendy. Já si s nima najednou v tuhle chvíli nemám co říct. Řešíme najednou každá úplně jiný věci. Ony jsou tak jako jsem byla dřív já, protože se mi nic takovýho nikdy nestalo." (Adéla)

Kromě rodiny a přátel byli pro ženy významným zdrojem opory i jiní lidé. Dvě z respondentek jako podpůrnou osobu uvedly **kněze**.

„Určitě bych neměla zapomenout na tu duchovní oporu, kterou jsem měla od kněze."(Jitka)

„Až zhruba po těch 10 letech, kdy sem do farnosti přišel čerstvě vysvěcený kněz, který je původním povoláním psychiatr, pracoval v psychiatrické léčebně.

A díky té jeho profesi, tak já jsem to nějak otevřela, neměla jsem takové zábrany, jako kdyby to byl jen kněz. Takže jsem s ním tu situaci rozebrala.“ (Katka)

Jako podpůrné uváděly ženy setkání s někým, **kdo také prožil podobnou ztrátu**.

„A pak tam byl ještě jeden moment…řešilo se nějaký téma ve skupince matek, nebo žen, pro mě to byly úplně cizí pani, bylo nás tam asi 10. Matky různě starejch dětí, od čerstvých matek až po ty, který už měly dospělý děti. A to téma, nějakou shodou okolností, se hodně dotýkalo těch dětí a těch bolestí, které jsou s těma dětma nějakým způsobem spojený. A tenkrát v tý situaci, ve který jsem byla, mě tam spoustu věcí oslovilo, fakt to bylo takový zvláštní. Že tam hodně žen mluvilo třeba o ztrátě miminka nebo o jiných bolestech spojených s dětma a tohle vzájemný sdílení těch ztrát a bolestí pro mě bylo taky hrozně dobrý. Takový, že vím, že to není věc, která by se stala jen mně, že každý má nějaké starosti a trápení a že už se to někomu stalo a že se s tím dá pracovat a že život jde dál. A že když ona to zvládla, tak já to taky zvládnu. A i ty zkušenosti potom z toho, jak se z toho třeba ty ženský dostaly a ty dobrý konce, to bylo povzbuzující pro mě.“ (Jitka)

Dvě respondentky ležely v nemocnici s dalšími ženami se stejným osudem, byly si v náročných chvílích vzájemnou oporou. Jedna z žen mluvila o tom, že s nimi v nemocnici byla žena, která také prodělala perinatální ztrátu a nyní po rizikovém těhotenství porodila zdravou holčičku. Toto bylo v tu chvíli taky velmi posilující.

„*To jsme si teda vzájemně právě hodně pomáhaly. Protože jsme cítili všechny, že ten přístup těch zdravotníků je katastrofální. A že si to musíme vynahradit navzájem. Takže třeba ta paní co ležela vedle mě, to byla ještě navíc dcera jednoho věhlasnýho ortopeda a sama dělala fyzioterapeutku. Takže ta mi tam říkala, jak mám cvičit a co mám dělat. A tak jsme se začaly zaměřovat samy na sebe. Protože my jsme tam ležely ještě 4 nebo 5 dní po tom porodu. Tak jsme se učily, jak dát to tělo zpátky do pořádku. A bavily jsme se o tom, jak si pořídíme to další miminko… Ale hodně jsme si povídaly. Ne že by byly nějaký informovaný, protože vlastně na tom byly asi stejně jako já. Ale navzájem jsme si byly určitě oporou*.“ *(Marcela)*

„Vím, že tam byla jedna maminka, která byla na rizikovce a byla nervozní, protože porodila mrtvý miminko v předchozím těhotenství. A ono ještě kraťoučce žilo, takže ona za sebou měla i pohřeb a všechno nám to vykládala. Do dneška na ni vzpomínám. A teď si uvědomuju, že v tý době to byla taky pomoc. Protože se tam ocitla tahle maminka, která už to zvládla, měla to za sebou a byla těsně před porodem dalšího miminka.“ (Katka)

Zdravotníci

O roli zdravotnického personálu jsme se zmínili již v otázce týkající se rituálů rozloučení. Přístup zdravotníků a jejich chování k ženám hrálo velkou roli v tom, jak se ženy s celou situací vypořádaly. Ženy oceňovaly jejich **lidskost** a **dostatek informací**. Naopak, pokud byl přístup necitlivý, bylo to pro ženy velmi zraňující.

„No vypadlo to, že je to hodně vzalo, i osobně. Že to nebylo jen, že jsem pro ně pacientka. Měli pěknej přístup, takovej lidskej, že to nebyli jen doktoři, kteří mají nějakou další pacientku.“(Lucie)

„To samý sestřičky, já si nemůžu stěžovat na jedinou sestřičku. Výborný, super chování, věděly, o co jde, hrozně citlivý byly. Když viděly, že nemám zájem komunikovat, že jsem ráda, že třeba přišly, jenom mi něco píchly a už jsem se k nim točila zády, hned šly pryč, nechaly mě být. Třeba když se napichoval ten epidurál, tak ta sestra věděla, že mám šílenej strach a hledám někde nějaký ruce, který bych mohla držet, tak hned přišla a držela mě za ty ruce.“ (Adéla)

„A je pravda, že na nás byli hrozně hodný, že ten přístup tam byl skvělej. Chodili za náma, ptali se, jestli něco potřebujeme. I říkali, ať nám zavíraj dveře, abychom neslyšeli ty ostatní miminka. A nechávali nám poměrně i prostor, abychom mohli být spolu. Vlastně ani po nás nic nechtěli, žádný peníze nic, že byl přítel celou dobu se mnou.“ (Klára)

„A potom, když se jim uvolnil nadstandard, tak ty sestry přišly s tím, že mě dají na ten nadstandard, aniž bych ho musela platit. Protože věděly, že potřebuju být sama. A musím říct, že jsem to hrozně ocenila. A že celou dobu se ke mně chovali strašně citlivě a ohleduplně. Jedna sestra, taková jenom ošetřovatelka to byla, ta furt chodila a hladila mě po ruce a říkala, že to bude dobrý.“ (Jitka)

Ženy oceňovaly, pokud se jim dostalo potřebných **informací** jak o tom, co se děje a co je čeká, tak i o zemřelém dítěti a příčinách jeho smrti.

„A vlastně nejen přístup sester, ale i lékařů. Vlastně ta lékařka, která mě měla na starosti, že jsem ocenila to, že mě informovala. Že mi řekla všechno, co se bude dít, jak to bude probíhat, každý krok mi vysvětlila. To bylo pro mě taky hrozně důležitý. Celkově, já jsem ty informace chtěla mít, všechny.“ (Jitka)

„Tak já jsem s ním chtěla mluvit, chtěla jsem vědět, jestli to teda byla holka nebo ne. Přišel, všechno mi řekl, všechno co jsem chtěla vědět tak řekl, úplně bez problémů.“(Adéla)

„A vždycky nám řekli, co budou dělat, co se děje, jak to probíhá.“ (Klára)

Dvě respondentky naopak mluvily o tom, že se jim potřebných informací nedostalo.

„Pak mě uspali a vyčistili, takže já už pak nic nevím. A pak mi všechny dotazy, co jsem měla na to téma, jsem se ptala, co se s tím tělíčkem stalo… No o to se nezajímejte, buďte ráda, že nic nevíte, absolutně zákaz.“ (Katka)

„To jsem se musela na všechno ptát. Jako, že by tam byl nějakej ošetřující lékař, kterej by to s člověkem probral. To jsem ani nevěděla, kdo je můj ošetřující lékař. Prostě vždycky mi tam nějakej gynekolog něco udělal, ale jako že by třeba přišel, představil se a řekl já jsem ten a ten a budu vás teď mít na starosti. Vůbec. Takže z toho mám úplně nejhorší celkově pocit. Že to všechno si řeknete, hold to tak mělo bejt. Ale tohle to takhle nemusí bejt, rozhodně. A hlavně ne na takovýhle klinice.“ (Marcela)

Tyto dvě respondentky se **v nemocnici celkově setkaly s necitlivým přístupem personálu.** U jedné z nich došlo k potlačení emocí výrokem lékaře. Obě respondentky vnímaly tento přístup jako více zraňující, než samotnou událost. Jedna z nich přemýšlela i o podání stížnosti, ale již nikdy na to nenašla čas a sílu.

„Mně přišlo pomalu horší než to, co se stalo, to, jak se s člověkem zacházelo. Já jsem si tam připadala jako kus masa. Prostě musíme to odbýt.“ (Katka)

„Ono to bylo i takový to, že jsem se hrozně dlouho vyrovnávala s tím, jak se tam ke mně chovali. Ty první chvíle, jaký byly… To bylo trauma, jak blázen. To je

jako když, já nevím, někdo zažije nějakej teroristickej útok nebo něco, tak to je v podstatě asi srovnatelný.“ (Marcela)

Odborná pomoc

Sledovali jsme také, zda ženy měly potřebu vyhledat odbornou **psychologickou pomoc** a jaký přínos pro ně tato pomoc měla. Pouze dvě z respondentek uvedly, že neměly potřebu vyhledat odbornou pomoc. Jedna z respondentek uvažovala, že se zkontaktuje s psychiatričkou, se kterou již dříve spolupracovala, ale dosud tak neučinila. Zbylé respondentky (7) odbornou pomoc vyhledaly či obdržely. Většinou se jednalo o psychologa nebo psychiatra. U některých žen to byla kombinace více odborníků v průběhu let. Pro některé z žen bylo přínosné setkání s Prázdnou kolébkou, organizací, která se pomocí ženám s perinatální ztrátou zabývá.

„Já jsem chodila až potom, asi 2 roky potom, jsem chodila na psychoterapii na gestalt, kterej mi pomohl opravdu. Teprve jsem si to nějak odžila, jak jste teď vlastně řekla.“ (Marcela)

„Tak já jsem po tom špatným porodu na tom byla fakt špatně a skončila jsem na psychiatrii na lékách. Ale krátkodobě. Já jsem tam docházela asi čtvrt rok ambulantně. Já jsem spíš měla problém, jak jsem to v sobě zazdila, pak i to další těhotenství. Já jsem začala plakat v tý porodnici, tam mě okřikl nějakej ten doktor, já jsem tam zazdila to truchlení. A ona ta paní psychiatrička, která byla výborná, dodneška jsem jí vděčná, ona mi dávala léky, abych brečela, abych to ze sebe dostala. Ona mi říkala, musíš to ze sebe dostat. Je jedno, jestli budeš plakat nebo o tom mluvit, ale nějakým způsobem to prostě musí jít ven.“ (Katka)

Jedna respondentka navštívila přímo psycholožku, která se zabývá tématem perinatální ztráty. Setkání s ní proběhlo jedno a bylo pro ženu v tu chvíli přínosné.

„No nejdřív můj gynekolog říkal, že je asi dobrý si o tom s někým promluvit, tak mi dal kontakty na dva psychology. A já jsem si až na těch stránkách Prázdná kolébka (já koukala na dvoje, ale myslím, že to byla ta Prázdná kolébka), tak tam vlastně jsou kontakty na psychology, tak tam jsem si našla jednu paní.“(Lucie)

Dvě z respondentek volily také alternativní cestu pomoci. U jedné z nich se jednalo o reflexní terapii a různé další terapie pracující s energiemi. Druhá

respondentka vyhledávala pomoc od lidí, kteří se specializují na komunikaci s dušemi.

„Každopádně já mám kamarádku, takovou starší paní šedesátiletou, která je hodně přes psychické věci všeho druhu a ta měla kamarádku, doktorku, která dělala reflexní terapii. A ta si mě vzala pod sebe, ta se mnou začala dělat, že jsme si povídali a začala mi uvolňovat tělo. Protože já jsem začala mít problémy zdravotní, psychický, strašný sny, strachy… A to mi strašně pomohlo, jednoznačně mi to hrozně pomohlo.“ (Eva)

„Protože já jsem teda neustále hledala podporu ne v blízkých, já jsem ji hledala v těch terapeutech a těch spirituálních lidech. Tzn. v lidech, kteří komunikují s dušema, zeptejte se jich, zeptejte se Boha, andělů, zeptejte se těch dětí, který u mě byly, proč.“ (Martina)

„A ta terapie. Ta terapie mně samozřejmě pomohla. Takže ono to bylo hodně, co mi jako pomohlo. Ale samozřejmě Ten duchovní smysl a to vedení toho terapeuta. Nedala bych to sama, nedala. Vytáhli mě z toho, pomohli mně velice.“ (Martina)

Pro ženy byla v kontaktu s odborníky důležitá jejich empatie, naslouchání, možnost ventilovat své emoce. Prospěšné bylo, pokud došlo k **normalizaci pocitů**, které ženy prožívaly. Ženy ocenily také **informace**, kterých se jim dostalo (ať už o procesu truchlení nebo o možnosti rozloučení).

„Úplně cíleně ne, ale naskytla se mi jedna příležitost v rámci jedné akce, to byla nějaká sobota pro manželky a byla tam psycholožka a byla možnost za ní přijít na rozhovor. Tak jsem za ní šla a mluvila s ní o tom. A musím říct, že mi to hodně pomohlo. Protože ona přesně byla ten typ, který vyslechne, moc do toho nezasahuje, neradí. Ale zároveň, bylo to asi 2 měsíce poté, co se to stalo…řekla mi, že moje pocity jsou normální, že to takhle je a že rok bude trvat, než se z toho vybrečím a že pak to bude možná lepší. A mě to hrozně uklidnilo v tom, že moje pocity jsou obvyklý a že to tak jak to prožívám asi holt je.“ (Jitka)

„Dokázala jsem si tam uvědomit takový svoje vnitřní pocity, který normálně jsem se asi snažila vždycky potlačovat.“ (Marcela)

„No, že jsme si s ní popovídali. Ona se nás ptala. Měli jsme i nějaké otázky. Tak ona nám řekla, doporučila, jak bysme se mohli zachovat. A i nás třeba ujistila,

že i když jsme se s tím miminkem nerozloučili, že jsme ho nepochovali, tak že i to, že si vytvoříme nějaký místečko, že je pro nás dobrý.“(Lucie)

Některým respondentkám se však **nedostalo očekávané pomoci**, setkaly se s nedostatkem pochopení, narazily na lidi, kteří s tímto tématem neumí pracovat. Jedna z respondentek popsala, že ji psycholog, kterého vyhledala, rychle odbyl. Tato respondentka to vnímala jako nakopnutí k tomu, že se s celou situací stejně musí vypořádat sama.

„A on si mě vyslechl a on říkal, víte (to bylo úžasný, já jsem to pak všude vypravovala), to jste vy lidi, kteří maj sebevědomí, pořád vám všechno vychází, je to všechno úžasný, všechno je dokonalý a pak se vám něco stane a vy se hroutíte.“ (Eva)

Tři z respondentek mluvily o tom, že jim byla nabídnuta **psychologická pomoc** ještě v **nemocnici**. Dvě z nich ji nevyužily, k jedné z respondentek byla psycholožka poslána, ale pravděpodobně to nebylo to, co žena v danou chvíli potřebovala. Od této psycholožky se ženě nedostalo žádných informací o průběhu truchlení, o tom, co má očekávat.

„Nabídli nám psychologickou pomoc, že oni na to mají přímo pracovníka, který zajišťuje i věci s úřady, co se má dělat.“ (Klára)

„Nabízeli služby psychologa, že je možno využít. To jsem nechtěla.“(Alena)

„Hned jsem dostala k ruce psycholožku z dětskýho. Jediná, která byla k dispozici. Doufám, že už se s tou paní v životě neuvidím. Myslím, že zrovna nevychytaly paní, která by se tomuhle tématu měla nějak věnovat. Nevím, my jsme si nějak nepřišly do noty.“ (Adéla)

Dvě respondentky naopak psychologickou pomoc v nemocnici postrádaly.

„Nikdo nám neposkytnul žádnou pomoc. Třeba, já nevím, že by nás tam nechali aspoň chvíli sedět tam v nějaký tý ambulanci. Že by tam třeba zavedli nějakýho psychologa nebo sestřičku nebo někoho. Ne prostě.“(Marcela)

„Zpětně jsem si říkala, ale až fakt po velkém odstupu, že nechápu, proč nenabídli třeba psychologa. Že si myslím, že takováhle základní věc by mohla být celkem samozřejmá.“(Katka)

Některým respondentkám byla také nabídnuta či naordinována **medikace.** Dvě z respondentek dostaly antidepresiva hned v porodnici, doma je ale vysadily, protože jim bylo nepříjemné, v jak utlumeném stavu se nacházejí.

„A pak jsem byla v takovém stavu, že jsem normálně spala a přišlo mi, že je všechno v pohodě, že se nic nestalo. A to jsem zase nechtěla, abych je pak za půl roku vysadila a byla úplně v koncích. Takže jsem je přestala brát... Protože stejně si to člověk musí celý odžít. A jestli to bude teď nebo za 14 dní nebo za půl roku… Že to nic neřeší, že to jen odsune. Že ta bolest se jen odsune, ale stejně tam zůstane a bude tam pořád.“ (Klára)

„. Brala jsem to čtyři dny. Bála jsem se toho, že když to vysadím okamžitě naráz, tím, že v tý nemocnici jsem dostávala velký dávky, bála jsem se, když to vysadím naráz, že ty deprese přijdou ještě horší. Takže jsem to chtěla postupně odbourat. A asi za čtyři dny po návratu jsem to vysadila úplně.“ (Adéla)

„Brala jsem myslím potom i nějaká lehčí antidepresiva, abych byla schopná fungovat v tý práci. A ono mi to stejně moc nepomáhalo.“ (Marcela)

Laické poradenství

V České republice se perinatální ztrátou zabývá organizace **Dlouhá cesta** ve svém projektu **Prázdná kolébka.** Většina žen tuto organizaci znala, na jejich stránkách četla příběhy jiných žen a rady a informace ohledně perinatální ztráty. Zajímali jsme se, zda ženy využili pomoc **laického poradce**, tedy ženy, která má za sebou také ztrátu dítěte v těhotenství. Některé respondentky tuto možnost zvažovaly, ale zatím tak neučinily. Dvě respondentky se vypsaly ze svého příběhu. Jedna z respondentek se zajímala o možnost stát se laickým poradcem.

„Jako jsou třeba ty stránky, že tam mají i telefonní čísla, nebo že se s nima dá psát online nebo emaily. Takže je i tato možnost přímo s lidma, kteří to prožili.“(Klára)

„Jak jsme přijeli domů v sobotu, tak jsme koukali na ty stránky a četli různý ty rady, jak tam jsou. A tam bylo, že by ty lidi, manželé nebo rodiče spolu o tom měli mluvit. Že by se měli snažit spolu mluvit o tom, jak to vnímaj, jak to cejtěj, jak jim to připadá.“ (Klára)

...já když jsem zjistila, že je Dlouhá cesta, tak já jsem se z toho vypsala, i když jsem to neuveřejnila, asi dneska už bych neměla problém, já jsem to tenkrát napsala Martině Hráský a tý Lucce. A ony mne tak podpořily po těch letech." (Katka)

„Dokonce jsem napsala i do té prázdné náruče. Oni mají tu Prázdnou kolébku pro tady ty případy. A mají tam ty laické poradce a já jsem jim napsala, že bych chtěla být tím laickým poradcem. A oni mi napsali, že to nejde, že můžu být až rok po té události." (Martina)

Tab. 5 Vnímání a zdroje sociální opory

Jméno	Celkově	Partner	Rodina	Další podpůrné osoby
Adéla	Vnímala dostatek opory (hlavně od rodiny).	Nebyl oporou, nemluvil o tom, v době porodu a po něm byl pracovně v zahraničí, došlo k r**ozpadu vztahu.**	Nejvýznamnější zdroj opory (hl. máma a bratr s přítelkyní), přítomnost u porodu, vyslechnutí, zaplnění času a odreagování.	Rodinná známá (nebyla tak emočně vtažená, to pomáhalo).
Alena	Nepotřebovala a nevyhledávala oporu, neměla potřebu to sdílet.	Byl oporou, když potřebovala.	Nepotřebovala od rodiny nic speciálního.	Starší dcera
Eva	Opora hlavně od kamarádů a odborníků, od rodiny moc ne.	Nebyl oporou (hledal viníka, nemluvil o tom).	Oporu vnímala od své sestry a maminky, zbytek rodiny a rodina manžela nebyla oporou, spíš naopak.	Kamarádky
Jitka	Vnímala dostatek opory.	Byl velkou oporou (vyslechnutí, pomoc s pohřbem).	Byla zdrojem opory (i praktická pomoc).	Kamarádi, kněz, ženy s podobnou zkušeností
Johana	Vnímala dostatek opory.	Vnímán jako opora (společná modlitba, povídání o ztrátě).	Byla zdrojem opory (společnost, naslouchání, praktická pomoc).	Kamarádky, spolužačky
Katka	Opory se jí dostalo od přátel, rodina selhala.	Nebyl oporou, „vymizel“ z celé situace.	Nedostatečná opora, naopak celou situaci svým přístupem ještě zhoršovali.	Kněz, ženy na pokoji se stejným osudem, kamarádi
Klára	Vnímala dostatek opory.	Vnímán jako nejbližší, nejvýznamnější zdroj opory (spoluprožívání, sdílení).	Rodina ženy i manžela byla zdrojem opory (naslouchání, blízkost, nabídka finanční pomoci) .	Kamarádky
Lucie	Vnímala dostatek opory.	Byl oporou.	Byla zdrojem opory (pomoc v domácnosti, péče o dceru).	Kamarádi, starší dcera
Marcela	Chybějící opora	Nedostatečná opora, nechtěl o tom mluvit, nechtěl další dítě, došlo k **rozpadu vztahu.**	Maminka o tom nevěděla, částečnou oporou byla sestra a hlavně syn.	Ženy na pokoji se stejným osudem
Martina	Oporu měla, i když v určitém období ji moc nepotřebovala a nevyužívala.	Vnímán jako nejbližší, nejvýznamnější zdroj opory.	V určitém období byla zdrojem opory.	Kamarádi, spirituální lidé

Tab. 6. Odborná pomoc

Jméno	Odborná psychologická pomoc	Přínos	Přístup zdravotníků
Adéla	**Medikace** u porodu, i poté **Psycholožka** v nemocnici **Psychiatr**	Nepomohlo - medikaci vysadila, psycholožka nepodala žádné informace o truchlení, ženě její přístup nesedl. Poté vyhledaný psychiatr nabídl jen medikaci, jeho byl přístup vnímán jako necitlivý.	Lidský přístup, dostatek informací, chyběla podpora ve vytvoření památek na dítě.
Alena	V nemocnici **nabídnut psycholog,** nevyužila. Poté žádného odborníka nevyhledala, neměla potřebu.		Informace formou letáku, nevěděli, jak k tomu přistoupit, nabídli psychologa, přístup celkově hodnocen jako dobrý.
Eva	**Psycholog** Reflexní terapie a další **alternativní zdroje** pomoci	U psychologa se setkala s nepochopením, nevhodným přístupem. Reflexní terapie pomohla k uvolnění.	Dle ženy věděli, že udělali chybu a proto se k nim chovali velmi mile.
Jitka	Náhodné setkání s psycholožkou v rámci víkendové akce.	Prospěšné, došlo k normalizaci pocitů, možnost vypovídat se.	Citlivý, ohleduplný přístup personálu, podávání informací.
Johana	Nevyhledala, neměla potřebu.		Chyběla podpora v rituálech loučení
Katka	**Psychiatrička-** medikace i terapie.	Přínosná, pomohla uvolnit emoce.	Necitlivé, hrubé jednání, zákaz vidět dítě, chybění informací – traumatická zkušenost.
Klára	**Psychologická pomoc** nabídnuta v porodnici, nevyužila. Po porodu nasazena **medikace**-vysadila.		Vstřícný, lidský přístup, dostatek informací, podpora v rituálech loučení a vytvoření památky.
Lucie	**Psycholožka** specializující se na perinatální ztrátu.	Pozitivní – doporučen rituál, zodpovězení dotazů.	Lidský přístup, chyběla podpora k rozloučení.
Marcela	**Psychiatrička** (medikace), **Psychoterapie.**	**Psychoterapie** pomohla k odžití emocí, uvolnění.	Traumatická zkušenost - chyběly informace, necitlivý přístup, chyběla podpora v rozloučení se s dítětem.
Martina	Spirituální lidé komunikující s dušemi.	Nejvýznamnější zdroj pomoci (nalezení spirituálního smyslu).	Cílený výběr porodnice, kde bylo umožněno rozloučení s dítětem.

7.1.3 Výzkumná otázka č. 3: Co ženy od svého okolí nejvíce potřebovaly?

V předchozí otázce jsme se zabývali tím, od koho se ženám opory dostalo. Nyní se zaměříme na to, co ženy od svého okolí nejvíce potřebovaly. Jak je z jejich výpovědí patrné, respondentky měly o své ztrátě potřebu s někým **mluvit**, vyprávět svůj příběh. Za hlavní přínos sociální opory je tedy možné považovat především **sdílení**.

Pouze jedna z našich respondentek uvedla, že pro ni potřeba sdílení neměla význam, nepotřebovala ho. O své ztrátě mluvila jen s manželem a sestrou, jinak moc ne.

„…neměla jsem potřebu jako s někým o tom mluvit, opakovat, nějak se v tom prostě pátrat a takhle.“(Alena)

Pro ostatní respondentky byla možnost o své ztrátě mluvit velmi významná.

„Já jsem to asi potřebovala vyprávět. Naopak, když někdo přijel a spíš jsme se bavili o něčem jiném, tak mně to přišlo hrozně divný. No, jsem o tom asi jako chtěla mluvit.“(Johana)

„Mám potřebu o tom mluvit. Ale paradoxně mi to jde líp s lidma, který tak dobře neznám. Pak mám teda těch pár, kterým vím, že to můžu říct a tam mi to asi pomáhá, no.“ (Martina)

Protože co jinýho můžu dělat, než o tom mluvit. Takže mít s kým o tom mluvit, ale zároveň aby ty lidi nevyzvídali, nešťourali v tom, nevyjadřovali svoje názory úplně k tomu, protože někdy stojej za to. Asi nejvíc mít s kým o tom mluvit a vědět, že je někdo na koho se můžu obrátit.“(Klára)

„A to že se z toho člověk může vymluvit, s někým kdo… Asi i to setkání s tou psycholožkou. Všechno vlastně směřuje k tomu vypovídání se z toho.“ (Jitka)

Možnost mluvit o tom, co ženy prožívaly, jim přinášelo **úlevu.**

„No, že to člověk v sobě nedrží, ale podělí se o to své trápení s tím druhým, že si uleví tím povídáním.“ (Lucie)

„Mně teda hodně ulevilo o tom mluvit.“ (Adéla)

„Já jsem dokonce od někoho slyšela takovou radu, že dříve v různejch těch primitivních civilizacích se to stávalo poměrně dost často, že nějaký miminko zemřelo nebo že žena zemřela při porodu běžně, protože nebyla péče dokonalá.

A že třeba u indiánů to bylo, že když zemřelo miminko, že se musely seřadit ženy z toho kmene, že jich bylo třeba čtyřicet. A ta maminka všem vyprávěla celý to kolem toho, jak to bylo. A s každou tou další ženou se u ní snižovalo to napětí, protože se toho vlastně zbavovala a možná i to sdílení… To jsem říkala, to je strašně moudrý. A vlastně na mě to taky takhle fungovalo, že jsem to mohla někomu říct a viděla jsem, že on to akceptuje, minimálně, tak se mi vlastně ulevilo." (Marcela)

Jedna z respondentek vnímala možnost mluvit o tom, co prožila jako šíření osvěty, inspiraci pro další lidi.

„No v podstatě super bylo, že mě vyslechli. Bylo to úžasný. Já jsem cítila, já vím, že to je divný, ale já jsem tam cítila celou dobu, že o tom mám mluvit, že to mám říkat, že vlastně mi to Bůh dal i proto, abych o tom mluvila, aby se to šířilo."(Martina)

„Já jsem nepotřebovala mlet svůj příběh, ale to duchovno zatím. A to že to je důležitý a tak si to jako prožít."(Martina)

Ženy nebyly ochotné o této své intimní zkušenosti mluvit s každým, své posluchače si vybíraly. Velkou roli hrál pro ženy **zájem** posluchačů a **důvěra** v ně.

„A co bylo pro mě hodně důležitý, že jsem si vybírala lidi, se kterýma jsem chtěla o tom mluvit a se kterýma ne. A byly lidi, se kterýma jsem nebyla schopná a nechtěla jsem říct ani slovo, protože mi nějak z duše přirozeně nesedí. A nepřipustila jsem si je, vůbec jsem si je k sobě nepustila. A pak byli lidi, se kterýma jsem věděla, že o tom chci mluvit a pomáhalo mi to." (Eva)

„Protože já o tom mluvím jen s někým, protože už člověk odhadne, s kým o tom může mluvit. A taky se mi stalo, že už jsem se spletla." (Klára)

„Ti, kteří žijí, to co žiju já a věří tomu, co já. Ti mi byli tou oporou. Já jsem v těch obyčejných lidech nemohla…takový to: to je hrozný a mně je to tak líto…a já jsem jim furt vysvětlovala, to je v pořádku, já vím, proč se to stalo…a oni i tak je to hrozný. Mně toto prostě nestačí."(Martina)

„Já jsem u sebe chtěla jenom tu mamku, toho bráchu. Ty co tam byli prostě se mnou, tak ty jsem u sebe chtěla. Ty jsem dokázala přijmout tak, že tím, že v tu dobu se člověk dozvídá nový informace o tom, proč se to stalo, já nevím, jaký tam

byly problémy, jestli tam byly nějaký vady nebo nebyly. Tady těm lidem já jsem měla potřebu je jakoby sdělit, ty informace. Ale tomu širšímu okolí už ne. Tam jsem nestála o to, aby to věděli nebo něco takovýho." (Adéla)

Ženy potřebovaly posluchače, kteří je **vyslechnou** a **vyvarují se zbytečných rad.**

„Nejvíc jenom vyslechnout. Bez těch rad chytrejch. Nebo to bude dobrý, pořídíte si další. To vůbec jsem nemohla takhle uvažovat tenkrát."(Jitka)

„To co jsem potřebovala, bylo, aby mě jenom vyslechli a aby mě nelitovali. Jenom, aby si to vyslechli, jak to vidím já a nesoudili to, neříkali mně, jak to vidí oni. To fakt ne." (Martina)

„Nic, jenom aby mě ten člověk poslouchal. Nic. Nechtěla jsem slyšet takový: to bude dobrý. To vůbec ne, to mě úplně rozčilovalo." (Adéla)

Pro ženy bylo důležité, aby mohly být před svými posluchači **samy sebou.**

„Mít o tom s kým mluvit, mít nějakýho chápavýho posluchače, se kterým to člověk může rozebrat do nejmenších detailů, před kterým může brečet a být nešťastný, ale může se před ním i zasmát, aniž by měl výčitky svědomí. Protože jsme jenom lidi a ten první úsměv nebo to zasmání přijde, i když se za to člověk hrozně stydí a vyčítá si to, tak se to stane. Tak mít někoho, s kým to člověk může tak brát." (Klára)

„Jo, a že se nemusím bát. Protože v každým asi hraje roli, jak budu vypadat před někým. A před těmahle holkama jsem věděla, že není problém. Že se o tom nebudou s nikým bavit nebo nanejvýš mezi sebou a to mi fakt nevadilo. Že z toho rozhodně nedělají tu senzaci." (Katka)

Respondentky také zmiňovaly, že potřebovaly o celé věci **mluvit opakovaně,** stále dokola.

„Někdy teda o tom nechtěli mluvit. Což já bych o tom mohla mluvit pořád v tu chvíli. Myslím si, že oni taky asi nevěděli, jestli to mají začínat nebo ne. Tak se spíš stavěli k tomu tak, že o tom nemluvili." (Johana)

„Mít někoho, komu věřím, s kým o tom můžu mluvit a je úplně jedno, jestli je to partner, maminka, sourozenec nebo kamarádka, prostě kohokoliv s kým to můžu probrat. A pořád dokola, že to s tím člověkem můžu probírat." (Klára)

„Ty dvě kamarádky fakt ty naslouchající. Že měly trpělivost, že jsem třeba i věci opakovala, že je musely poslouchat několikrát a jim to fakt nevadilo.“(Katka)

Ženy oceňovaly, pokud jejich posluchači projevili o téma **zájem**, dali jim určité svolení k možnosti o všem mluvit, **nebáli se ptát.**

„Protože člověk pak sedí s tím člověkem. Mně se to honí hlavou – a zeptá se mě a jako chtěla by mi něco říct? A je to blbý začít, že jo. A budu mu to říkat a třeba ho to nezajímá. Kdyby člověk třeba jenom ťukl, tak řekne pár vět…“(Lucie)

„Protože lidi se bojí o tom mluvit, je to pro ně nepříjemný. I ty detaily jsou nepříjemný, ale přitom každý z těch detailů, když sdělíte někomu, tak se vám trošku uleví.“ (Marcela)

„Což bylo hrozně fajn, protože člověk zase nechce, aby si připadal, že tím ty ostatní otravuje, že jim to vnucuje, že je to vlastně vůbec nezajímá. Vyjádřit zájem o toho člověka a nechat ho se rozhodnout, aby to zas nevypadalo, že je to všem úplně jedno a nikoho to nezajímá, všichni choděj kolem po špičkách a nikdo nic neřekne, to je taky blbý.“ (Klára)

„Mně přišlo dobrý, mojí sestře, když jsem to volala, tak hnedka se zeptala, co se stalo, ptala se na nějaký detaily, což bylo strašně dobrý, že se zajímala o to. To jako mi přišlo fajn.“ (Alena)

„Teď se mě třeba ptala kamarádka, jestli už víme, co se stalo, protože předtím jsme to nevěděli, tak jsme říkali, že čekáme měsíc, až budou vědět víc. Tak teď je dobrý, když se zeptaj třeba kamarádky, jestli už něco víme, co se stalo. Předtím to byly hlavně ty pocity z toho porodu a teď to je, že se kamarádky zajímají o to, co se skutečně stalo.“ (Lucie)

Další věc, kterou respondentky hodnotily pozitivně, **byly přirozené reakce.**

„Asi přirozenost. Ne nějaký velký litanie ve smyslu hrůza a tohle a tamto a já nevím co. Spíš taková ta přirozenost. Hele pojď, jdeme, dáme si kafe, pojď cvičit.“ (Eva)

„A potom to byli lidi jako brácha, který se ke mně chovali normálně. Když do tý nemocnice přijel, tak se ke mně choval normálně. Mluvil se mnou o normálních věcech, snažil se tu pozornost trochu odvést.“(Adéla)

„A i stačí třeba, když někdo přijde a obejme nás. To vlastně udělali známí, co mají stejně starou dceru, tak přišli asi týden potom na návštěvu. A přinesli nám nějaký ovoce, co doma měli, nebo něco co uvařili, to bylo hezký od nich. A oba dva nás obejmuli a začali brečet. To byla asi nejhezčí reakce.“ (Lucie)

„A když možná samy, ony i když ty děti neměly, ještě neměla ani jedna v tu dobu partnera, tak o tom dokázaly mluvit tak přirozeně. I to, že mluvily otevřeně, mi dělalo naopak dobře. Než ty lidi, kteří prostě to zahalovali do něčeho a snažili se být děsně chytří a tvářit se já všechno vím, všechno znám. Naopak, že se dokázaly i zeptat, jaký to je, jakej byl ten porod, i na tohle bolestný dokázaly přirozeně.“(Katka)

7.1.4 Výzkumná otázka č. 4: Co dalšího ženám pomáhalo jejich situaci zvládat?

Pro možnost vyrovnání se s perinatální ztrátou jsou velmi podstatné **rituály loučení s dítětem** a také dostatečná **sociální opora**, o kterých jsme mluvili v analýze věnované předchozím otázkám. Zajímalo nás, co dalšího pomáhalo ženám celou situaci zvládnout. Respondentky často zmiňovaly **další těhotenství** a **návrat k povinnostem**. Velmi podpůrné pro ně byly také **příběhy jiných žen**.

Další těhotenství

Pro mnoho žen byla vidina dalšího těhotenství motivací k tomu „dát se dohromady“.

„A říkali jsme si s manželem, že bysme chtěli zapracovat na miminku dalším. Tak to mi pomáhá, že třeba jestli se to povede. Taková vidina, že znovu otěhotním.“ (Lucie)

„A hlavně tím dalším těhotenstvím se ta pozornost hodně odpoutá. Určitě člověk nikdy nezapomene a nikdy ho to nepřestane bolet, to ne. Ale ta pozornost se jakoby trochu odvede jinam.“ (Adéla)

„Takže hned po šestinedělí za dva cykly jsem otěhotněla znovu a po ani ne roce, po 11 měsících jsem měla další holčičku. I tohle pomohlo.“ (Alena)

„Takže jsem začala zase ty vitaminy a žít zdravě a tak. A to mě vlastně možná trošku postavilo na nohy, že jsem jako musela. Že jsem měla ten cíl. Jenomže právě ten partner, jak vlastně nechtěl to dítě a nechtěl o tom mluvit, tak já jsem od něj hrozně dlouho neslyšela, že vlastně žádný dítě nechce.“ (Marcela)

„Já si myslím, co bylo úplně nejsilnější, byla touha po tom druhém dítěti. Ta síla, ta potřeba, to uvědomění si, že chci to další dítě a že pro to udělám všechno.“ (Eva)

Těhotenství bylo pro některé z respondentek hnacím motorem. Zároveň je u některých z nich patrné, že touha po dalším dítěti se u nich objevila mnohem dříve, než byly smířené s předchozí ztrátou. Některé respondentky se k dalšímu těhotenství **příliš upnuly.**

„To v tý chvíli mi pomohlo asi úplně nejvíc, ale to byla asi špatná cesta. Protože to byla taková berlička, ke který jsem se upnula. Ještě navíc jsem vůbec netušila, že v tom jedu sama.“ (Marcela)

„To si po těch letech říkám, že to mohlo být i že jsem otěhotněla rychle, že ten půl rok, možná z fyziologického hlediska to to tělo zvládne, ale psychicky teda ne.“ (Katka)

„Ale když se něco takovýho stane, tak najednou má člověk pocit, že nemá čas vůbec žádnej. Že musí prostě teď hned, protože, co když mu to uteče, co když už potom nebude ty děti moct mít. Tam je strašně toho co když a může sto lidí přesvědčovat. Vůbec to nefunguje, je to úplně k ničemu. A já jsem se dostala do tý chvíle, kdy jsem si řekla, tak a já to dítě potřebuju mít teď hned, protože co když už ho potom mít nebudu.“ (Adéla)

Příběhy jiných žen

Jako velmi podpůrné uváděly respondentky příběhy jiných žen, které zažily ztrátu dítěte v těhotenství. Důležité pro ně bylo vědomí, že nejsou jediné, kterým se to stalo. Protože tak si v momentě, kdy se o smrti dítěte dozvěděly, často připadaly. V příbězích hledaly **informace, inspiraci,** jak situaci zvládnout, **povzbuzení.**

„To, že jsem věděla, že se to stává i dalším lidem. Mám i v okolí nějaké lidi, kteří si tím prošli. Myslím si, že i kolikrát jako horšíma, nebo že některé ty jejich příběhy si myslím, že bych já nevydržela. Že mě to přijde, že mně to bylo ušitý na míru. Že pořád bylo všechno v pořádku a pak už s tím nešlo nic udělat.“ (Johana)

„I když jsem našla ty stránky, tam jsou napsaný nějaký příběhy. Tak určitě to je dobrý, to pomáhá hodně. Protože nejdřív si člověk myslí, že je jediný na světě, komu se to stalo a pak vlastně zjistí, že se to stává dost, nebo ne dost často, ale

stává se to lidem. Protože mě do tý doby nenapadlo, že se vůbec něco takovýho může stát… A i v tý porodnici jsem si myslela, že jsme asi jediný, komu se to může stát. Takže pak je určitě dobrý, když člověk zjistí, že takový věci se dějou i ostatním lidem." (Lucie)

„A i díky těm stránkám, že si tam člověk přečte… ví, že se to nestalo jenom jemu, že jsou další lidi, kterejm se to stalo."(Klára)

„Nebo takhle, nejvíc mi vlastně pomohlo, že jsem si našla ty stránky, to Anjeliky.sk. Protože jsem si tam našla podobný příběhy nebo podobný osudy. Protože já myslím, že v takovýhle situaci člověku i pomůže, že v tom není sám, že se to stává i jiným lidem… Pak když jsem četla tam ty osudy a i jak se s tím ty lidi vyrovnávali, tak jsem možná i tam dostala nějaký návod, co já třeba udělám, nějak jsem si to víc odtrpěla." (Marcela)

Pro některé respondentky byly důležité emoce, které ženy v příbězích popisovaly. Pomáhalo jim to k **znovuprožití situace, uvolnění emocí**.

„No určitě v tom, že některý třeba popisovaly přesně ten můj pocit. Nebo že to, co bylo psáno, tak by mohly být moje slova. Třeba takhle. Nebo právě i v tom, že člověk vidí, že se můžou stát mnohem horší věci a pak tady to svoje nebere, že to… No, jako právě mi to pomohlo, jakože na každé špatné situaci dá se najít i něco dobrého."(Alena)

„…ty příběhy těch žen mně neuvěřitelným způsobem pomohly, protože to byl tak očistnej proces. Já už jsem byla v nějaké lepčejší fázi, ne úplně dobré, ale lepčejší a když jsem si četla některý ty příběhy, tak mi tam docházely souvislosti v mých a otvíralo mi to ty emoce a znovu mi to dovolovalo je pouštět. A bylo to úžasný, úžasný, naprosto osvobozující." (Martina)

V příbězích hledaly respondentky také **dobré konce.** Vědomí, že jiné ženy, které zažily perinatální ztrátu, se s celou situací dokázaly vypořádat a měly poté děti, pro ně bylo velmi posilující.

„Ale spíš, hodně mi pomáhalo, to je pravda, když někdo přišel s tím, hele tamhle paní, stalo se jí něco podobnýho, teď má zdravý miminko. Takový to, že jsem slyšela, že za prvý v tom nejsem sama ale, že ty lidi měli i dál děti, Že to není úplný konec. Že člověk může mít dítě dál. Že to neznamená, že když se to stane jednou, že se to stane i po druhý." (Adéla)

„A co pro nás bylo radostný, musím říct, že jsme jí to vůbec nezáviděly, ona během toho, co my jsme tam ležely, porodila a přivezla nám tu holčičku ukázat. A musím říct, že to v člověku zůstalo, takový ten vjem, že ona prošla tímhle a teď si odnášela zdravou krásnou holčičku.“ (Katka)

Spiritualita

Spiritualita bývá v zátěžové situaci často sama o sobě oporou. I ve výpovědích našich respondentek se objevoval spirituální aspekt jejich prožitku. Pro 5 respondentek byla **víra jedním z hlavních zdrojů pomoci.**

„Ta víra, jo. Oni všichni ty lidi z kostela mě podpořili. Takže člověk si uvědomil, že ten Pán Bůh mu posílá ty lidi. Že to není jen tak, že je to dar, že se s těma lidma potkal. Takže myslím, že hodně.“ (Katka)

„Myslím si, že určitě víra mi hodně pomáhala.“ (Johana)

„Pak mi hodně, ale hodně pomohla ta spirituální cesta. To byla největší pomoc ze všech. Že jsem to spirituálně pochopila.“ (Martina)

„A pak jsem nějak dospěla k závěru, že s tím třeba Pán Bůh nemá nic společnýho, že prostě jsou to věci, který se dějou, protože ve světě to zlo nějakým způsobem je a někde se to takhle promítá.“ (Jitka)

„Nějaký spojení tady je. A minimálně vím, že se jednou setkáme. Takže to mě naplňuje takovou nadějí.“ (Marcela)

Ženám také pomohlo, pokud se jim v celé věci podařilo najít nějaký hlubší **smysl**, **vysvětlení** či **poselství.** Některé zmiňovaly, že je tato zkušenost posunula dál.

„Všechno vlastně směřuje k tomu vypovídání se z toho. Ale nejen jako v tom povídání, ale v tom, že člověk, nebo že já teda, jsem v sobě musela najít nějakou cestu, jak k týhle situaci budu nahlížet, jak to zpracuju sama v sobě a vyvodím si z toho nějaký závěr, s kterým půjdu dál a budu s ním žít dál. Což nakonec jsem si řekla, že to naše miminko je teď ten náš anděl a takhle to mám. A naše děti s ním taky počítaj a vědí, že maj ještě sourozence a že na ně čeká v nebi.“ (Jitka)

„Já za tím mám hluboký duchovní poselství. Já vím, proč přišla, vím, proč umřela, vím, co se tam stalo. Je tam toho významu spoustu. Prostě mi tam přišla ukázat spoustu věcí, který si mám já vyčistit ve svým životě, v mým vztahu k sobě,

k manželovi, k těm dětem, který bych měla mít a v celým tom ženským rodě. Takže pro mě je to velký poselství.“ (Martina)

„Takže já už na to ani nevzpomínám ve zlým. Naopak si říkám, že to byla zkušenost, kterou by člověk jinak nezískal.“ (Katka)

„Mě to v tomhletom hodně změnilo, řekla bych, že mě to udělalo i jako lepším člověkem. Dost věcí mě to naučilo. Je smutný, že to muselo být až takhle tvrdý, ten náraz na zem, co mě probralo teda. Ale dřív jsem byla taková lehkomyslná.“ (Adéla)

Podstatné bylo, aby toto **vysvětlení smyslu vzešlo od samotných žen**. Pokud ho nabízeli jiní lidé, mohlo být pro ženy naopak zatěžující anebo pro ně nemělo význam.

„Pak zase mi třeba říkala kamarádka jedna nebo teda kolegyně z rodinných konstalací, že to je tím, že se nám nechtělo narodit to dítě, že se dobrovolně vzdalo toho života. Já jsem si to pak přeložila jako taková sebevražda. Že vlastně my jsme nebyli pro něj dobří rodiče… To mě děsilo, děsí mě to do dneška trošku. Si říkám, co když je to pravda. Nebo takhle, ona to říkala i tak, že třeba by se jí v tom životě, kdyby se narodila, stalo něco horšího. Takže se radši rozhodla to vzdát. A pak teda i to, že jsme třeba nebyli ti správní rodiče.“ (Marcela)

„A já jsem svou podstatou člověk hodně zemitej, pragmatickej, hned tak si něco nevezmu. Kolega, šéf on je takový, že hodně mluví o Bohu ve smyslu přírodě, která něco řídí. A on se mi vždy snaží něco radit a já to neumím přijmout, neumím s tím pracovat.“ (Eva)

Další pomocné aspekty

Tři respondentky uvedly, že zvládnout celou situaci jim pomohlo **zvíře**, konkrétně pes. Mohly tak odvést svou pozornost jinam, byl pro ně motivací žít, dobíjel je energií. Mohly mu věnovat péči, kterou by jinak daly svému dítěti.

„No, život mi zachránil ten náš pes, protože ona je opravdu specifický štěně. A je, ne protože je moje, ale opravdu jako neuvěřitelná. A je to takovej gejzír energie a radosti. A byla celý dny se mnou a do toho lesa jsme museli. A ona prostě je, to se nedá… Ona má tolik lásky…„Ale jako ta mi moc pomohla. Protože tam

jsem zažívala tu čistou lásku, kterou bych pravděpodobně zažívala s tím dítětem… Protože já jsem takovou tu péči, kterou bych asi dala tomu novorozeněti, dala tomu psovi.“ (Martina)

„Zvíře. On mi hrozně pomohl. Protože ten má člověka rád, ať je takovej nebo takovej, ať vypadá tak nebo tak. Furt ho má rád úplně stejně. Tam ta změna není. Takže to mi teda hodně pomáhalo.“ (Adéla)

„Tak musím říct, že to že v tu chvíli byl doma pejsek, tak to dělalo hodně. Já do dneška říkám lidem, ať neodsuzují, když maj pocit, že někdo s tím pejskem zachází jak s dítětem. I když já jsem to nedělala, já jsem výcvikář, takže nemám tendence je nějak extrémně rozmazlovat. Říkala jsem, já tady trénuju s tím psem, běhám ty závody, já jsem si říkala, kdo by toho pejska převzal, to prostě nejde…takže musím říct, že hodně ten pejsek.“ (Katka)

Dvě respondentky uvedly jako zdroj pomoci **přírodu**.

„Nebo hodně mně pomáhala příroda. Já jsem na to nikdy nevěřila na tohleto. Ale třeba mně strašně pomáhalo, když jsem mohla jít do lesa. Se projít jenom tak. Nebo vlastně v tu dobu potom se začalo chodit na houby, bylo září. Tak jsme se sebraly, šly jsme na houby a prostě vyloženě obyčejná procházka, kdy jsem šla s mamkou.“ (Adéla)

„No, příroda, chodila jsem hodně do lesa.“ (Martina)

Jako významná se u 2 respondentek jevila také možnost **změnit prostředí,** „být od všeho daleko“.

Nebo jsme i pak vyjeli do Tater jako skupinka. Tak to bylo nejlepší, vlastně z toho vypadnout, jiný prostředí…“ (Katka)

„Jako mně se ta dovolená líbila, já jsem byla daleko od všech lidí, který o tom věděli. Protože pak má člověk pocit, že to ví každej. Každej, kdo jen přejede očima, tak už máš pocit, že to ví a že na tebe kouká proto, že on to ví. Tak jsem byla ráda, že jsem vypadla úplně někam jinam, kde na mě nikdo nekoukal soucitně, nikdo se mě na to neptal, nikdo na mě neukazoval prstem. Byla jsem úplně pryč od známých lidí, kde vlastně to nikdo nevěděl a chovali se ke mně jako k normálnímu, jakýmukoli jinýmu člověku. Tam se mi líbilo.“ (Adéla)

Důležitým aspektem byla potřeba **odvést pozornost,** zaměstnat hlavu jinými myšlenkami**.** Některé z respondentek (3) se snažily rychle vrátit do **práce** a ke svým povinnostem. Jedna z respondentek ráda utíkala k fyzické práci. Pro další respondentky to byla možnost věnovat se **koníčkům**.

„A já jsem se pak docela brzy snažila vrátit ke všemu, do školy a tak, takže nějak jsem se dlouho doma neuzavírala." (Johana)

„V podstatě v práci jsem hnedka začala fungovat, protože to bylo začátkem měsíce, takže to mám vždycky frmol… hnedka jsem začla fungovat a myslím, že snad i po týdnu jsem osobně přišla do té práce. V tomhle mi to jakoby pomáhalo, nějak se v tom neutápět." (Alena)

„Mně hrozně v tu dobu pomáhala fyzická práce, strašně… Já jsem vzala sekačku a začala jsem sekat celou zahradu. Protože ta fyzická práce úplně zaměstná ty myšlenky. A najednou si člověk, najednou si na to nepřijde tak sám nebo… Prostě zaměstná ho to. Úplně ho to odvede úplně někam jinam. Takže tohle to to mi strašně pomáhalo. Že jsem nevím, sázela jsem na zahradě, stříhala jsem stromky, starala se o králíky, o slepice." (Adéla)

„Já jsem právě začala dělat všechny věci, které s těhotenstvím nejdou dohromady. Na lyže jsme jeli asi dvakrát. Pak jsem se zapsala do posilovny. Že jsem se snažila víc od toho odpoutat a dělat nějaké takové aktivity, který s tím nejdou dohromady." (Alena)

„Pak mi pomohla ještě jedna věc, taková obyčejná, každodenní. Změna stravy. Já jsem se začala hodně zabývat tím, co jíst. Což jako bylo úplně mimo duchovno zase. Tak jsem pořád četla o raw food a přešla… já jsem vegan, ale ne absolutně ortodoxní. Takže jsem se hodně věnovala tady tomu novýmu koníčku. Teď jsem to hodně četla, pořád byla v nějakejch raw food skupinách a řešila úplně jiný věci. Úplně se na tom vypínala." (Martina)

Dvě z respondentek jako pozitivní vnímaly, že **doma neměly pro dítě připravené věci.**

„A i to, že doma ty všechny věci co jsme měly, tak já jsem nic extra nepřipravovala, protože to bylo po té první dceři, nepřipomíná to člověku, že tohle bylo pro miminko, tohle všechno, hračky co jsme měly, bylo v používání."(Alena)

„Myslím si, že mi pomohlo to, že jsme doma neměli nic moc připravenýho.“ (Johana)

Ženy nacházely bezpečí ve věcech, které znají. Dvě respondentky mluvily o potřebě **rutiny**, která jim umožňovala mít nad situací větší kontrolu. Naopak neočekávané změny se pro jednu z respondentek staly dalším zdrojem stresu.

„Mně pomáhalo třeba to, že, jakoby…Zapojení do normálního, běžnýho chodu života. Do toho, že jsem vařila, dělala jsem na zahradě, jezdila jsem na nákupy. Takový ty… v ten moment, pro mě bylo dobrý zajet si stereotyp. Jak normálně to nesnáším, tak zajet si určitej harmonogram nebo určitej program, kterej jsem přes ten den měla, kdy jsem věděla, že v tolik a v tolik hodin dělám tohle, potom tohle, potom tohle… a jakoby člověk si ten den zaplní tak, že vychytá si ty činnosti, který jsou schopný ho zabavit a který schopný nejsou. Prostě vychytá momenty, který mu odváděj tu pozornost aspoň trošku. A ten stereotyp a takový to zapojení do běžnýho, do těch obyčejných věcí. Do takovýho toho vyloženě jenom obyčejnýho, já nevím, sekání trávy no.“ (Adéla)

„Jo. Tak nějak se člověk prostě přinutí ráno vstát a fungovat, protože ví, co ho čeká. Nemám ráda, strašně těžce nesu teďka, když něco nevychází nebo nějaký změny. Nejsem zatím schopná je pojmout a strašně kvůli tomu vyvádím. Hrozně mi to vadí. Protože mi pak přijde, že zase nemám ty věci pod kontrolou a je to pro mě těžký. Takže zatím to potřebuju takhle.“ (Klára)

Pro dvě respondentky byla v určitém období významná **urna** s popelem dítěte, kterou měly doma.

„No, pomáhalo mi… Pomáhala mi ta urna. To bylo velice důležitý. Takže urna a že jsem u ní furt zapalovala svíčky a že je tady a… Tak ta urna, ta mi pomáhala hodně.“ (Martina)

Nebo takhle, já když jsem si tu urnu přivezla domů tak ten čas pro mě pořád nebyl tak hroznej. Já jsem furt tady tak nějak věděla, že jí tady někde mám. Ač v tý urně, tak jsem ale věděla, že tam pořád je. Dost jsem si s ní povídala, dost jsem na ní mluvila, když jsem jí přivezla, tak jsem jí ukázala celej barák. Potom s odstupem času jsem si říkala, dyť já jsem se chovala jako blázen.“ (Adéla)

Pro dvě z respondentek bylo velmi důležité **znát příčinu úmrtí,** vědět, že se situace nebude v budoucnu opakovat.

„A celkově i ty okolnosti, že se to stalo a nemá to žádný vliv na to, že by se to do budoucna mohlo opakovat.“ (Alena)

„Taky mi pomáhalo, že doktoři řekli, že to je náhoda, že by se to už nemělo opakovat. Že to nebylo genetický, nebo že bych to zavinila nějakou infekcí, to by mě hrozně mrzelo.“ (Johana)

7.1.5 Výzkumná otázka č. 5: Co adaptaci na ztrátu dítěte zhoršuje?

Je možné určit několik oblastí, které znesnadňují ženám truchlení a vyrovnávání se s prožitou ztrátou. Jednou z nich je **absence sociální opory,** případně její **selhávání.** Adaptaci na ztrátu dítěte komplikují také **chybějící rituály rozloučení.** Respondentky zmínily ještě další **znesnadňující aspekty** (např. neznalost příčiny úmrtí, malou informovanost). O některých těchto oblastech jsme se zmínili v předchozích kapitolách, protože nám to tematicky připadalo přehlednější. Nyní je tedy už jen ve stručnosti zmíníme a shrneme.

Absence a selhávání sociální opory

Většina respondentek označila **rodinu** jako významný zdroj sociální opory. Zároveň však od některých členů či v konkrétních situacích tuto podporu postrádaly. Některé z respondentek zmiňovaly občasné selhání – např. nedostatečnou kapacitu pro truchlení (*„už o tom nechtěli mluvit“*). Jedna z respondentek například uvedla, že zpočátku o tom se svou matkou nemohla mluvit, protože by v tu chvíli ještě musela utěšovat ji. Tři z respondentek **postrádaly v rodině oporu obecně**, i když každá z nich nalezla aspoň jednoho člena, který byl oporou. Pro jednu z respondentek to byl její dospělý syn. Druhá respondentka uvedla jako podpůrnou maminku a sestru. Naopak rodina ze strany manžela úplně selhala, nedovolily ženě průchod emocí a ještě měli tendenci svalovat na ni vinu, hledat, kde udělala chybu. Další respondentka zmínila svého bratrance, který byl jako jediný z rodiny citlivý. Rodiče této ženy i ostatní členové rodiny svým přístupem celou situaci zhoršovali.

„Ale prostě to nejbližší okolí, ta rodina tam, kromě toho syna, myslím si, že nezafungovala vůbec.“ (Marcela)

„Všichni zavřeli oči. Fakt, to bylo hnusný. První co bylo, manžel, on je takový typ, že potřebuje házet zodpovědnost na někoho dalšího, hledat viníka. Takže

první reakce byla, že hledali důvody, proč to dítě zemřelo. A měli pocit, že tam musí být něco, co jsem udělala špatně já." (Eva)

„Tak asi nejlepší byl bratranec, se kterým máme od dětství hezkej vztah. Kterej za mnou přišel do tý porodnice, tak se na mě jen hezky usmál a řekl, jo to zvládneš, to bude dobrý…a párkrát jsem se s ním sešla. Ale asi to byl z tý rodiny jedinej." (Katka)

Některé respondentky (4) postrádaly podporu **partnera.** Chyběla jim především možnost komunikace o společně prožité ztrátě. Dvěma z těchto respondentek se následně vztah rozpadl.

„Já jsem měla zájem o tom mluvit, když přijel. Já jsem o tom dost často mluvila. Ale jestli jemu vadilo to, že u toho brečím. Je to možný. On byl takovej, že nerad mě viděl brečet. Celkově někoho jinýho nerad viděl brečet a radši se takovejm situacím vyhnul. Takže on měl potřebu, když už náhodou se na to ta řeč stočila, z 99 % z mojí strany, tak rychle od toho tématu pryč. Ale to nejde. Já prostě, já jsem o tom potřebovala mluvit. Protože já říkám, když o tom mluvit nebudu, tak se z toho za chvíli zblázním, když to budu držet v sobě." (Adéla)

„No a manžel ten je prostě introvert, totální flegmatik. Takže proto i ten přístup k tomu úmrtí. Jeho vypořádání se s tím bylo, že o tom nemluví." (Eva)

Dvě z respondentek označily jako velmi zraňující přístup **zdravotnického personálu**, který pro ně byl ještě náročnější než samotná událost a dodnes v nich zanechal hořkou pachuť. Místo lidskosti a důstojného zacházení se ženám dostalo pravého opaku. Některé respondentky (2) zažily také negativní zkušenost s **odborníky** z řad psychologů a psychiatrů, kteří neuměli s tématem pracovat a odbyli je nebo reagovali necitlivě.

„A prostě přístup těch zdravotníků byl naprosto tragickej. Tam opravdu jsem si přišla, že jsem takovej případ jenom. Jakože bez důstojnosti, bez nějakýho takovýho lidskýho oslovení, to tam prostě neexistovalo." (Marcela)

„No a to vůbec, on vůbec nebyl schopen tady s tím pracovat, ale vůbec. No to mi tady ani neříkejte, když tak až na příště, to vůbec o tom nechci mluvit. Fakt byl jako „úžasnej", tak to byla teda ta státní pomoc v té krizi." (Eva)

Jako konkrétní příklad chybějící sociální opory je možné uvést **vyhýbavé chování.** Několik respondentek mluvilo o tom, že se komunikační partneři tématu vyhýbali. I když ženy rozuměly tomu, že ostatní lidé nevěděli, jak se k nim chovat, prožívaly toto vyhýbavé chování negativně, protože ony samy měly o zemřelém dítěti potřebu hovořit.

„Aby před tím nezavírali oči. Aby se klidně zeptali, i když se bojí. Já chápu, že ty lidi taky neví asi, jak se mají chovat. Jestli o tom mluvit a jestli mě to bude zraňovat, když o tom se mnou budou mluvit. Takže určitě přijít a zeptat se nebo jenom obejmout. A ne jak jsem říkala, mně asi nejvíc vadilo to, když to přehlíželi, jak kdyby se nic nestalo. Nebát se a zeptat se, co se stalo a říct, že jim to je líto. Projevit ten zájem.“ (Lucie)

„V podstatě dělají jako že nic. Anebo se bojí na to téma nějak narazit.“ (Alena)

„První to byla taková, vůbec tě neznám, vůbec tě nevidím. Asi to bylo z toho důvodu, ne že by asi nechtěli se mnou komunikovat, spíš se báli, nevěděli, jak.“ (Adéla)

Za obtížný považovaly ženy také **první kontakt** s lidmi, kteří ještě o smrti dítěte nevěděli. Ženám bylo nepříjemné, že o tom tak musely mluvit i s lidmi, se kterými o tom mluvit nechtěly. Bály se jejich reakcí, toho, že je budou posuzovat (např. zda netruchlí moc či málo). Jedna z respondentek mluvila o tom, že to v ní vždy znovu vyvolalo vzpomínky a celý den pak probrečela.

„... že to bylo to nejhorší, co jsem si v tý porodnici říkala. Jak to teď budem každýmu říkat a každej se mě bude ptát.“ (Lucie)

„Protože pak má člověk pocit, že to ví každej. Každej, kdo jen přejede očima, tak už máš pocit, že to ví a že na tebe kouká proto, že on to ví.“ (Adéla)

„No prostě jediný co bylo taky nepříjemný, jakýmu širokýmu okruhu lidí to člověk musí sdělovat.“ (Alena)

„Vím, že co bylo asi taky těžký…já sem patřím do toho společenství, je to velká farnost, hodně lidí, teď jsem věděla, že do toho kostela přijdu bez toho miminka, když všichni věděli, že jsem těhotná a že budou ty pohledy... Toho jsem se určitou dobu bála.“ (Katka)

„Mně i přišlo chvílema, že se mi nechtělo ven mezi lidi, protože jsem nevěděla, jak se mám tvářit. Aby si nemysleli, že jsem nějaká praštěná, že to strašně prožívám nebo že je mi to jedno, že se směju. Člověk neví, jak to okolí na něj bude koukat a jestli nepřijde někdo a nezeptá se, nebo něco nevhodnýho neřekne." (Klára)

Některé z respondentek mluvily o tom, že podpora, kterou jim lidé poskytovali, nebyla taková, jakou potřebovaly, **nepomáhala jim**.

„Protože když jsem o tom chtěla mluvit s nějakýma kamarádkama, tak některý měly tendence, jak nevěděly, jak na to maj reagovat nebo co mi maj na to říct, měly takový ty řeči typu, on určitě Pán Bůh ví, proč se to stalo a určitě to má nějaký smysl. A mně to hrozně vadilo. Tohle nebylo to, co jsem chtěla slyšet." (Jitka)

„Za druhé, už i lidi, kteří by mi i vyjadřovali podporu, tak ji vyjadřovali způsobem, který…jak to říct, ne že nebyl můj, oni si to můžou vyjadřovat, jak chtějí, ale oni mě silně litovali jako ve smyslu ježiš, to je tak nespravedlivý… A já jsem říkala, ale není, protože já nevěřím na nespravedlnost. Protože já věřím, na to, že jsem si to vybrala anebo teda možná způsobila já, svým chováním v minulých životech, v současném životě." (Martina)

Za nejhorší považovaly ženy **fráze, které znevažovaly ztrátu dítěte.** Nejvíce citlivé byly na fráze typu: *jste mladí a pořídíte si jiné*. Pro ženy byla v tu chvíli myšlenka na další dítě nepředstavitelná, a jak uvedla jedna z respondentek, člověk v tu chvíli touží právě po tomto dítěti a ne po žádném jiném.

„Až jsou lidi tak hloupý, že je vůbec nenapadne, jak by se asi cítili oni. I jsou schopný říct, že to ještě ani nebylo dítě a že by bylo horší, kdyby mu byly 2 roky. Co je to za nesmysl! Vždyť je to moje dítě, tak je jedno, jestli mu jsou dva roky nebo 8 měsíců. Je to pořád naše dítě." (Klára)

„Tak jí říkám, co se stalo. A ona povídá, no tak jste mladý, budete mít brzy další miminko. Tak to mi asi vadí, taková ta reakce jste mladí, pořídíte si další. Jak kdybychom byli nějaká fabrika na děti." (Lucie)

„A pak tam byli takový ty lidi, ty tetičky a takoví, který ještě člověka týrali tím, no jo, jseš mladá, budeš mít další děti, vůbec nechápali, že ta maminka chce tohle miminko, žádný jiný v tu chvíli nechce, nic jinýho ji nezajímá." (Katka)

„Hodně lidí…naprosto nejhorší jsou takový ty věty. To bude dobrý. Budeš mít další dítě, z toho si nic nedělej. Vždyť jseš mladá, budeš mít další. To je strašný. To si ten člověk, kterej to říká, vůbec nedokáže představit, jaký to pro toho druhýho je.“ (Adéla)

Respondentky mluvily také o tom, že nepomáhají plané řeči, **falešné utěšování**. Že když člověk neví, co říct, je lepší mlčet, protože toho není moc, co by se v této situaci dalo říct.

„Ale není potřeba říkat něco ve stylu: že si dokážou představit, jaké to asi je. Takový jako nějaký ty obecný fráze. To stejně nemá význam. Jakože nemyslím si, že by něco extra uklidňovacího v tomhle pomohlo.“ (Alena)

„A jako když ona přijde s něčím, tak opravdu neustále si opakovat: jsou to jen rétorické otázky, ona jako nepokládá opravdový otázky, ona nechce na to slyšet žádnou odpověď. Všecko, co řeknete, bude blbě. Takže neříkejte nic. Jenom mlčte a poslouchejte ji. Ani nemusíte jako přikyvovat. Jenom ji vyslechněte a buďte tam.“ (Martina)

„Rozhodně do toho nerýpat, pokud to nevyplyne spontánně. Nedělat to, že se budu tvářit, že se nic nestalo. To zas taky myslím, že ne. Ale řekla bych, normálně se bavit. Když třeba nastane situace, že se ty lidi potkají a pokud ten člověk sám trošku na to ťukne, tak je to jiná situace, kdy se na to dá zavést řeč a vyjádřit podporu. Ale opravdu jen tu podporu, ono stačí, když člověk řekne, myslíme na tebe a tečka. Nevytahovat takový to: bude to lepší. Já myslím, že každý má tu zkušenost, že někdo se snaží pomoci tímhle tím jako slon v porcelánu.“ (Katka)

Jedna z respondentek také negativně hodnotila situace, kdy se lidé snažili odvést pozornost humorem.

„Jako neměla jsem ráda takový ty rozveselovací pokusy, pokusy o vtipy a tak. V ten moment, ač jsem hrozně chtěla se tomu smát, tak v ten moment teda..ten člověk si pak přišel možná navíc ještě trapně, já jsem se tomu vlastně nesmála a bylo to takový, že to vyznělo dost na prázdno. V ten moment pokusy o vtipy jsem neměla ráda. To mě úplně zabíjelo.“ (Adéla)

Dvě z respondentek se setkaly s tím, že někteří lidé vnímali to, co se stalo, jako senzaci.

„Druhá reakce, byla taková, že, to bylo nejvíc nepříjemný. A to byli lidi který, já nevím, jestli si vůbec neuvědomovali to, co se stalo, ale byli to lidi, který přišli a tak co, jak teda ten porod probíhal, jako fakt se narodila mrtvá, jo? Úplně na férovku to vypálili. Nikdo z úplně blízkých tohle neudělal. Právě, že vždycky to byli lidi, se kterejma já jsem se znala jen od vidění.“ (Adéla)

„Byli lidi, kteří to chtěli slyšet jenom jako senzaci a chtěli slyšet detaily a chtěli o tom mluvit. A já jsem v určitých situacích mi nevadilo o tom mluvit a byla jsem s tím v pohodě a byly situace, kdy jsem řekla a ne, neřeknu.“ (Eva)

Chybějící rituály

Otázka rituálů rozloučení je podrobně rozpracována v samostatné kapitole (Výzkumná otázka č. 1). Pro úplnost zde shrneme hlavní poznatky.

Pokud ženy měly možnost své dítě vidět, uspořádat mu pohřeb a mají na ně nějakou památku, vnímají toto pozitivně a jako podpůrné v celém procesu. Jedna z respondentek výstižně vyjádřila, že oba významy slova **pochovat** mají neuvěřitelný význam. Naopak nemožnost rozloučení s dítětem komplikovala ženám integraci této zkušenosti.

Možnost své dítě po porodu vidět, ocenily všechny respondentky (5), které tuto možnost měly. Dvě respondentky dítě vidět nechtěly a nelitují, u jedné z respondentek neumožnoval stav v jakém dítě bylo, aby ho viděla. Dvěma respondentkám tato možnost umožněna nebyla a obě toho litují. Tato situace pro ně byla velmi zraňující a komplikovala jejich proces truchlení.

Některé respondentky také vyjádřily lítost nad tím, že nebyly personálem více podpořeny a informovány o možnostech a významech rituálů. Jedna z žen mluvila o tom, že nyní, když má více informací, by se jistě zachovala jinak a chtěla by své dítě pohřbít, nenechala by to již na nemocnici. Význam pohřbu je z výpovědí našich respondentek evidentní. Tři respondentky, které neměly možnost své dítě pohřbít, učinily v budoucnu náhradní rituál.

Několik respondentek (4) také lituje, že nemají na dítě **konkrétní památku.** Zde je velmi jasně vidět, že chyběla dostatečná podpora zdravotníků, která by tyto rituály umožnila. Té se dostalo pouze dvěma respondentkám v našem souboru.

Pouze jedna respondentka nestála o možnost s dítětem se jakkoli rozloučit (v porodnici či při pohřbu).

Další aspekty, které situaci znesnadňovaly

Objevovaly se další věci, které znesnadňovaly proces truchlení a adaptaci na tuto náročnou situaci. Některé respondentky hovořily o tom, že je dle nich **malá informovanost** o perinatální ztrátě, že se o tomto tématu dostatečně nemluví. Vyšší informovanost by dle nich byla přínosná. Prospěšné by také bylo, kdyby se ženám včas dostaly potřebné informace o průběhu truchlení, které by jim pomohly normalizovat jejich pocity.

„Možná, že o tom je strašně malá informovanost maminek, že se něco takového vůbec děje. Že když by o tom člověk víc věděl, že se to děje, měl o tom ponětí, že se to může stát a že se to opravdu stává…Tak by to bylo asi i, nejde říct, že by to mohlo někomu zachránit život, ale třeba jo, když by to člověk věděl, že by mohl reagovat nějak jinak." (Klára)

„Asi to, že mi vadí, že není vůbec žádná osvěta. Že najednou to přijde jako blesk z čistého nebe a v životě jsem o tom neslyšela, že by se mohlo něco takového stát. Takže i doktoři by se mohli zmínit, mohlo by se o tom víc mluvit ve společnosti. Já si třeba čtu časopisy pro maminky, ale stejně jsem se to nikde nedočetla, nikdo mi nic neřekl. Myslím si, že ta osvěta by měla být větší v tomhle směru, že se dělá, že to neexistuje." (Lucie)

„No, ale já myslím, že asi úplně nejvíc mi pomohlo získávání těch informací o tom, že je to normální, že to prožívají i jiný lidi. A i si tak jako o tom třeba číst." (Marcela)

„Mně by v tu dobu, já bych třeba v tu dobu ocenila, když už mi teda někdo opravdu chtěl pomoct, tak když by se na to někde na internetu podíval, protože v ten moment já na to tu sílu neměla. Tak když by se v ten moment někde třeba na tom internetu podíval a dočetl by se tam nějaký zkušenosti, ale nějaký pozitivní." (Adéla)

Jedna z respondentek zmínila jako negativní příliš **rychlý návrat do práce.** Potřebovala by více času na možnost se se vším smířit, projít si procesem truchlení,

ale neměla v tu chvíli dostatečnou oporu v partnerovi. Následně ji z práce propustili.

„A ještě jsem udělala chybu, že jsem nastoupila do práce poměrně dost rychle… A protože dělám reprezentanta u farmaceutický firmy, tak si dovedete představit, jak to tam vypadá takhle v lednu. Školení, mýtink, tvrdej dril… a já jsem tam seděla jako pecka, vůbec jsem nebyla schopná se nadšeně zapojit, takový to zapálení pro věc. Takže mě půl roku na to ještě vyhodili z firmy. Takže takhle.“ (Marcela)

Pro jednu z respondentek bylo obtížné, že nebyla jednoznačně určená **příčina úmrtí** dítěte a že tedy neví, zda se situace nebude u dalšího těhotenství opakovat.

„Asi třeba to, že bych chtěla znát víc, proč se to doopravdy stalo. Ale to mi nikdo neřekne, protože jsou různý faktory. Že se bojím toho, že mám nějakou poruchu a že i to další těhotenství bude probíhat takhle. Takže spíš to, že se bojím, že je něco, co není zjištěný ze zdravotní stránky. A že se bojím, že něco takového existuje. Že třeba mám nějakou genetickou poruchu, na kterou se nepřijde. Že kdyby mi někdo stoprocentně řekl je to to tohle a tohle a příští těhotenství se vyvarujte tomuhle, tak mi to asi pomůže víc. Ale když je tam taková nejistota, nějaký otazníky, tak asi to nejvíc znesnadňuje to vyrovnávání se s tím.“(Lucie)

Jako obtížné vnímaly ženy různá **výročí** a období, která se smrtí dítěte souvisela. Jedna z respondentek popisovala, jak na ni negativně působily Vánoce, které byly v období, kdy jí dítě zemřelo.

„Ještě navíc to bylo před Vánocema, ono se to stalo 22. listopadu. A teďka já jsem se vždycky hodně připravovala na Vánoce, hrozně jsem se těšila. Teďka mi ty Vánoce přišly úplně strašný. Já jsem ještě takovej věřící člověk, ale já jsem měla pocit, jako že mě ten Bůh odvrhl, že jsem nějaká špatná, že jsem něco provedla. On taky, protože on se vlastně kvůli mně rozvedl. Takže já jsem říkala, to je nějakej trest nebo něco takovýho. A teďka všechny ty koledy a furt Ježíšek a Jezulátko. Já jsem měla takovej vztek úplně. Jsem říkala, to nemůžu poslouchat, furt nějaký Jezulátko. Měla jsem v sobě až takovou agresivitu.“ (Marcela)

„A zase já jsem to pak tak zazdila, že to datum se smazalo. Jako by ho člověk přeskakoval. A to samý i s těmi Velikonocemi. Že to má člověk propojený

s dvěma, jednak s datem a jednak s tím, že se Velikonoce posouvají, tak s tím Zeleným čtvrtkem.“ (Katka)

„Jako, že čím dál je od té události, tak tím to hůř snáším ve stylu jakoby nějakých výročí v úvozovkách. Což je jakoby v průběhu celýho roku. Třeba teďka se měla narodit, teďka jsem otěhotněla, teďka jsem jí porodila, Jo, jakože takhle v průběhu celýho roku jsou nějaký vždycky takovýhle jakoby milníky.“ (Alena)

U některých žen došlo k **potlačení truchlení**. U jedné z nich to bylo na základě necitlivého přístupu v nemocnici, druhá z respondentek zmiňovala, že ji její okolí odrazovalo od toho, aby brečela. Jak je následně patrné z jejich dalších výpovědí, toto jim velmi zkomplikovalo možnost smíření se se ztrátou dítěte.

„No a tam to bylo tak, že já jsem první týden byla v určitém deliriu. A mě strašně vytáčelo, že všichni říkali: Nebreč. Nebreč. A mě to strašně vytáčelo. Přijela jsem k tchýni a to bylo první, prostě jsme se setkali a Nebreč, nebreč, nebreč. Všichni říkali nebreč. Nikdo mě…“ (Eva)

„A v průběhu toho podzimu jsem psychicky totálně zkolabovala Protože, jak mi bylo potom vysvětleno, že jsem si nedovolila takový ten mourning jak oni říkají. Právě vybrečet se z toho, dostat to ze sebe, ventilovat to natolik, abych byla čistá, abych dokázala normálně přemýšlet. A já jsem to neudělala.“ (Eva)

„Ale myslím, že i tenkrát mohli být trošku šetrnější. Já jsem tam pak brečela, ten doktor prosím vás, co řvete, budete mít další děti. Fakt takovýhle zacházení.“(Katka)

„Protože já jsem skrývala, takovým tím já king, všechno zvládnu, nikdo na mě nic neuvidí. Pak jsem na to začala reagovat tím, že jsem přestala jíst, takový různý klepání. Ale podle mě i zpětně to byla kombinace víc věcí, kdyby tam šlo jen o tu ztrátu, ale tam prostě otec alkoholik, s mámou problémy, to se všechno zkumulovalo a já jsem to všechno tlačila v sobě vevnitř a nechtěla jsem to vypustit.“ (Katka)

7.2 Dotazník sociální opory

V této kapitole popíšeme výsledky dotazníku sociální opory. Tento dotazník, který byl podrobněji popsán výše (viz kapitola 6.4.2), byl použit jako doplňující metoda k interpretaci samotných rozhovorů. Vzhledem k velikosti souboru není

možné výsledky nijak zobecňovat a dotazník slouží pouze pro dokreslení získaných dat.

Dotazník se skládá z 19 otázek, které sytí 4 subškály: (1.) skutečná, hmotná opora, (2.) láska, (3.) pozitivní sociální interakce a (4.) emocionální/informační opora. V následující části budou popsány výsledky u jednotlivých otázek, na které ženy odpovídaly.

1. **Kolik máte blízkých přátel či příbuzných (lidé, se kterými se cítíte dobře a můžete s nimi mluvit o všem, co máte na srdci)?**

První otázka se zaměřuje na strukturální aspekt opory. V této otázce měly respondentky označit počet jejich blízkých přátel a blízkých příbuzných. **Průměrný počet blízkých osob**, které ženy uváděly, je **6.**

2. **Mohla jste se na někoho spolehnout, že vás vyslechl, pokud jste potřebovala?**

Tato otázka se zaměřuje na emocionální oporu. Většina respondentek (6) odpověděla, že byl vždy někdo, kdo je v případě potřeby vyslechl. Další 4 respondentky uvedly, že takovou osobu měly téměř vždy.

Tab. 7 Mohla jste se na někoho spolehnout, že Vás vyslechl, pokud jste potřebovala?

	nikdy	**téměř nikdy**	**občas**	**téměř vždy**	**vždy**
Počet respondentek				4	6

3. **Dostalo se Vám dobré rady v případě krize?**

Tato otázka se týká informační opory. Nejvíce respondentek (5) označilo středovou hodnotu, tedy, že se jim dobré rady dostalo občas. 1 z respondentek uvedla, že tuto radu nedostala nikdy. Slovně to komentovala tím, že v té chvíli neexistovala žádná dobrá rada. 1 respondentce se dobré rady nedostalo téměř nikdy. 2 respondentky uvedly, že dobrou radu obdržely téměř vždy a 1 respondentka uvedla, že se jí dobré rady dostalo vždy. Konkretizovala však, že tím, kdo jí dobré rady poskytoval, byl její terapeut.

Tab. 8 Dostalo se Vám dobré rady v případě krize?

	nikdy	téměř nikdy	občas	téměř vždy	vždy
Počet respondentek	1	1	5	2	1

4. Doprovodil Vás někdo k lékaři, pokud jste to potřebovala?

Otázka č. 4 se týká hmotné opory. Většina žen (6) měla někoho, kdo je v případě potřeby doprovodil k lékaři. 2 respondentky měly takovou osobu téměř vždy. 1 respondentka označila středovou hodnotu, 1 pak uvedla, že takovou osobu neměla téměř nikdy.

Tab. 9 Doprovodil Vás někdo k lékaři, pokud jste to potřebovala?

	nikdy	téměř nikdy	občas	téměř vždy	vždy
Počet respondentek		1	1	2	6

5. Byla Vám projevena láska a náklonnost?

Tato otázka se týká afektivní sociální opory, sytí subškálu láska. 5 respondentek uvedlo, že jim láska a náklonost byla projevena vždy, 3 respondentkám téměř vždy. 2 respondentkám pak občas.

Tab. 10 Byla Vám projevena láska a náklonnost?

	nikdy	téměř nikdy	občas	téměř vždy	vždy
Počet respondentek			2	3	5

6. Byl Vám na blízku někdo, s kým jste se cítila dobře?

U této otázky, zaměřené na pozitivní sociální interakci, zvolily 4 respondentky středovou hodnotu. 2 respondentky uvedly, že měly téměř vždy někoho, s kým se cítily dobře, 4 respondentky měly takovou osobu vždy.

Tab. 11 Byl Vám na blízku někdo, s kým jste se cítila dobře?

	nikdy	téměř nikdy	občas	téměř vždy	vždy
Počet respondentek			4	2	4

7. Měla jste někoho, kdo Vám poskytl informace, které pomohly pochopit danou situaci?

Tato otázka se zaměřuje na poskytnuté informace, sytí tedy subškálu informační podpory. Většina respondentek (6) volila variantu občas. 3 respondentky uvedly, že měly téměř vždy někoho, kdo jim potřebné informace poskytl. 1 respondentka měla takovou osobu vždy.

Tab. 12 Měla jste někoho, kdo Vám poskytl informace, které pomohly pochopit danou situaci?

	nikdy	téměř nikdy	občas	téměř vždy	vždy
Počet respondentek			6	3	1

8. Mohla jste se někomu svěřit nebo s ním mluvit o sobě a svých problémech?

Otázka č. 8 se zaměřuje na emocionální oporu. Je patrné, že většina respondentek měla někoho, s kým mohla téměř vždy (4) nebo vždy (3) o své situaci mluvit. Zbývající respondentky (3) měly takovou osobu občas.

Tab. 13 Mohla jste se někomu svěřit nebo s ním mluvit o sobě a svých problémech?

	nikdy	téměř nikdy	občas	téměř vždy	vždy
Počet respondentek			3	4	3

9. Měla jste někoho, kdo Vás objal?

Tato otázka se týká afektivní sociální opory (láska). Polovina respondentek měla vždy někoho, kdo je objal. 1 respondentka uvedla, že takovou osobu měla téměř vždy, 3 respondentky pak občas. Zbývající respondentka neměla někoho takového téměř nikdy.

Tab. 14 Měla jste někoho, kdo Vás objal?

	nikdy	téměř nikdy	občas	téměř vždy	vždy
Počet respondentek		1	3	1	5

10. Mohla jste společně s někým relaxovat?

Tato otázka se zaměřuje na pozitivní sociální interakci, zabývá se tím, zda v okolí žen byl někdo, s kým mohly ženy relaxovat a odpoutat se tak od nastalé

situace. Většina žen (6) uvedla, že někoho takového měly občas. 2 respondentky měly takového člověka vždy, 1 pak téměř vždy. 1 z respondentek neměla někoho, s kým by mohla relaxovat, téměř nikdy.

Tab. 15Mohla jste společně s někým relaxovat?

	nikdy	téměř nikdy	občas	téměř vždy	vždy
Počet respondentek		1	6	1	2

11. Připravil Vám někdo jídlo, pokud jste to nemohla udělat sama?

Tato otázka se týká praktické opory. Většina respondentek uvedla, že měla téměř vždy (5) nebo vždy (2) někoho, kdo jim v případě potřeby připravil jídlo. 2 respondentky označily variantu občas a 1 z respondentek téměř nikdy.

Tab. 16 Připravil Vám někdo jídlo, pokud jste to nemohla udělat sama?

	nikdy	téměř nikdy	občas	téměř vždy	vždy
Počet respondentek		1	2	5	2

12. Měla jste někoho, kdo Vám dal radu, o kterou jste skutečně žádala?

Otázka č. 12 se týká informační opory. 5 respondentek uvedlo, že byl občas někdo, kdo jim poskytl radu, o kterou žádaly. 4 respondentky měly takovou osobu téměř vždy a jedna respondentka vždy. U této respondentky se opět jednalo o jejího terapeuta.

Tab. 17 Měla jste někoho, kdo Vám dal radu, o kterou jste skutečně žádala?

	nikdy	téměř nikdy	občas	téměř vždy	vždy
Počet respondentek			5	4	1

13. Byl Vám na blízku někdo, s kým jste mohla dělat aktivity, které Vám pomohly se odreagovat?

Tato otázka zjišťuje, zda ženy měly někoho, s kým se mohly věnovat činnostem, které by jim pomohly se odreagovat. Týká se tedy pozitivní sociální interakce. Takovouto osobu měly 2 respondentky vždy, 4 téměř vždy, 3 respondentky občas a pouze 1 respondentka téměř nikdy.

Tab. 18 Byl Vám na blízku někdo, s kým jste mohla dělat aktivity, které Vám pomohly se odreagovat?

	nikdy	téměř nikdy	občas	téměř vždy	vždy
Počet respondentek		1	3	4	2

14. Pomohl Vám někdo s domácími pracemi, pokud jste se necítila dobře?

Tato otázka sytí subškálu skutečné pomoci. 3 respondentky uvedly, že jim v případě potřeby vždy někdo pomohl s domácími pracemi. 2 respondentkám téměř vždy. Nejvíce respondentek (4) uvedlo, že jim s domácími pracemi někdo pomohl občas. 1 respondentce nebylo pomoženo téměř nikdy.

Tab. 19 Pomohl Vám někdo s domácími pracemi, pokud jste se necítila dobře?

	nikdy	téměř nikdy	občas	téměř vždy	vždy
Počet respondentek		1	4	2	3

15. Mohla jste se s někým podělit o své soukromé starosti a obavy?

Tato otázka se týká emocionální opory. Z odpovědí respondentek vyplývá, že polovina z nich měla vždy někoho, s kým mohla sdílet své starosti. 1 respondentka měla takovou osobu téměř vždy, 4 respondentky pak občas.

Tab. 20 Mohla jste se s někým podělit o své soukromé starosti a obavy?

	nikdy	téměř nikdy	občas	téměř vždy	vždy
Počet respondentek			4	1	5

16. Mohla jste se na někoho obrátit pro radu jak se vyrovnat s osobním problémem?

Otázka č. 16 se věnuje informační opoře. 4 respondentky označily, že měly občas někoho, kdo by jim poradil, jak se vyrovnat s nastalou situací. 2 respondentky měly někoho takového téměř vždy, 4 respondentky pak vždy.

Tab. 21 Mohla jste se na někoho obrátit pro radu jak se vyrovnat s osobním problémem?

	nikdy	téměř nikdy	občas	téměř vždy	vždy
Počet respondentek			4	2	4

17. Mohla jste se s někým věnovat činnostem, které Vás těší?

Tato otázka se zaměřuje na pozitivní sociální interakce, zjišťuje, zda ženy měly někoho, s kým se mohly věnovat činnostem, které je těší. 4 respondentky označily středovou hodnotu, tedy občas. Stejný počet respondentek (4) uvedlo, že měly téměř vždy někoho, s kým se mohly těmto činnostem věnovat. Jedna z nich však slovně komentovala, že ji ty činnosti v danou dobu vůbec netěšily. Zbývající 2 respondentky uvedly, že byl vždy někdo, s kým se těmto aktivitám mohly věnovat.

Tab. 22 Mohla jste se s někým věnovat činnostem, které Vás těší?

	nikdy	téměř nikdy	občas	téměř vždy	vždy
Počet respondentek			4	4	2

18. Měla jste kolem sebe někoho, kdo rozuměl Vašim starostem?

Tato otázka se týká emocionální opory. 2 respondentky uvedly, že měly vždy někoho, kdo rozuměl jejich starostem. Shodný počet respondentek (4) pak uvedlo, že mělo někoho takového téměř vždy či občas.

Tab. 23 Měla jste kolem sebe někoho, kdo rozuměl Vašim starostem?

	nikdy	téměř nikdy	občas	téměř vždy	vždy
Počet respondentek			4	4	2

19. Měla jste někoho, kdo Vás má rád/ráda a s kým jste se cítila opatrovaná?

Poslední otázka dotazníku se týká subškály láska. Většina respondentek (6) uvedla, že měla někoho, kdo ji má rád a od koho se cítila opatrovaná. 1 respondentka uvedla, že měla takovou osobu téměř vždy, 2 respondentky občas a 1 pak téměř nikdy.

Tab. 24 Měla jste někoho, kdo Vás má rád(a) a s kým jste se cítila opatrovaná?

	nikdy	téměř nikdy	občas	téměř vždy	vždy
Počet respondentek		1	2	1	6

8 Diskuze

V této části práce shrneme naše zjištění a porovnáme je s teoretickými východisky a dalšími výzkumy. Zmíníme také možné nedostatky a limity našeho výzkumného šetření.

V první výzkumné otázce jsme se zabývali tím, jaká je zkušenost žen s **rozloučením s dítětem** po perinatální ztrátě. Jak uvádí Kupka (2014) rituály jsou jedním z faktorů podporujících normální průběh truchlení. Rituály, které poskytují rodičům vzpomínky na existenci jejich dítěte, pomáhají potvrdit jak realitu existence dítěte, tak realitu jeho ztráty. Pro rodiče jsou tyto rituály prospěšné a pomáhají jim se s nastalou ztrátou vyrovnat (Ratislavová & Beran, 2010). Řada výzkumů prokázala, že možnost **dítě vidět a držet** má dlouhodobý pozitivní vliv a je spojena s nižší mírou úzkosti a menším výskytem depresivních symptomů (např. Erlandsson et. al., 2013; Ryninks et al., 2014). Kontakt se zemřelým dítětem poskytuje matkám čas a prostor uvědomit si, co se stalo, vytvořit si na dítě vzpomínky a rozloučit se s ním (Ryninks et al., 2014). Na rozloučení s dítětem je rodiče vhodné připravit, vysvětlit jim jeho význam, umožnit jim informované rozhodnutí. Vhodné je také poskytnout jim podporu v průběhu kontaktu s jejich zemřelým dítětem (Ratislavová, 2015; Ryninks et al., 2014). Ratislavová (2015) považuje za prospěšné ženy do procesu rozhodování o rituálech rozloučení aktivně zapojit. Tím, že jim je umožněna svobodná informovaná volba, získávají v této náročné situaci pocit, že mají svůj život alespoň částečně ve svých rukou. Je tedy zřejmé, že vhodná podpora zdravotníků hraje klíčovou roli v tom, zda kontakt s dítětem proběhne a jakou vzpomínku v rodičích zanechá.

Jak je patrné z výsledků výzkumu Borůvkové (2012) i Ratislavové (2015), v České republice stále ještě do značné míry přetrvává tendence zdravotníků v přístupu **„zmizení dítěte“** a potlačení truchlení. A stále chybí jednotný přístup, jak v této situaci postupovat. To potvrzují i naše zjištění. Pouze 2 ženy v našem souboru byly personálem aktivně podpořeny v možnosti s dítětem se rozloučit. Ostatní ženy, které dítě viděly, se o tuto možnost samy zajímaly. Ženy, které měly možnost své dítě po porodu **vidět a rozloučit se s ním**, jsou za tuto možnost rády a vnímají ji jako důležitý aspekt v procesu vyrovnávání se se ztrátou dítěte. Tato

zjištění jsou ve shodě s dalšími výzkumy (Borůvková, 2012; Fenstermacher, 2013; Ratislavová, 2015; Ryninks, 2014). Polovina našich respondentek neměla možnost dítě vidět, buď jim to nebylo nabídnuto, nebo umožněno. U jedné z respondentek, která dítě vidět nechtěla, je patrná nejistota ohledně tohoto rozhodnutí. Je možné, že kdyby byla vhodně podpořena, o kontakt s dítětem by stála. Dvě ženy, které neměly možnost se se svým dítětem rozloučit, nad tím vyjadřují lítost, jednalo se o pro ně bolestnou zkušenost. Obě tyto ženy však rodily před delší dobou (9 a 17 let), kdy byla vyhýbavá strategie u zdravotníků mnohem běžnější. Kasparková a Bužgová (2010) zmiňují, že u žen, které neměly možnost své dítě vidět, se objevuje touha vědět, jak jejich dítě vypadalo.

Dalším důležitým krokem v procesu truchlení je **pohřební rituál.** Kromě toho, že pomáhá rodičům vyjádřit jejich emoce, také aktivuje sociální oporu (Rando, 1984, cit. dle Malacrida, 1999). Pohřeb byl pro ženy v našem souboru možností, jak se s dítětem rozloučit, důležité pro ně bylo, že vědí, kde jejich dítě je a mají tak místo, kam za ním mohou chodit. Pokud pohřeb neproběhl, měly ženy tendenci vytvořit si náhradní rituál. Je zřejmé, že ten může mít velký význam i po delší době. U jedné z respondentek proběhla zádušní mše po 10 letech a byl to pro ni konečně moment, kdy se dokázala se svým dítětem rozloučit. I v této otázce hraje velmi významnou roli podpora zdravotnického personálu. Jedna z žen popsala, že měla po porodu tendenci mít vše rychle za sebou a nechala tak péči o tělo dítěte na nemocnici. Později toho litovala, a kdyby mohla, pohřeb by vykonala. Je zřejmé, že ze strany zdravotníků chybí informace o významu těchto rituálů a podpora žen. Ke stejným zjištěním dospěla i Ratislavová (2015), která kromě nedostatku informací zmiňuje také málo času na rozmyšlenou. Pokud ženy nechají péči o dítě na nemocnici, je pro ně potom obtížné, že nevědí, jak bylo s tělem dítěte nakládáno.

Památky na dítě jsou velmi významné pro proces truchlení, jsou pro rodiče hmatatelným důkazem existence jejich dítěte (Enkin, 1998) a pomáhají integrovat dítě do jejich rodinné historie (Riches & Dawson, 1998). Vlastnit konkrétní vzpomínku na dítě je spojeno s pocitem radosti (Ratislavová, 2015). Také pro ženy v našem souboru bylo velmi důležité mít na dítě nějakou památku. Ve chvíli, kdy dojde ke ztrátě dítěte je řada rodičů v šoku a nenapadne je pořídit si na dítě památku, třeba si ho vyfotografovat. Také několik respondentek našeho výzkumu zmínilo, že je to v danou chvíli nenapadlo nebo jim přišlo hloupé si např. dítě

vyfotografovat. Zpětně toho litují a o konkrétní památku na své dítě by velmi stály. To je ve shodě se závěry Ratislavové (2015), která potvrzuje, že jen malé procento žen bylo schopno vytvořit si památku na dítě samo. Zde je opět **důležitá podpora zdravotnického personálu**. Za vhodné je považováno pořízení fotografie, která bude uložena ve zdravotnické dokumentaci a pro kterou se mohou rodiče v případě potřeby vrátit. Jak vyplývá z výpovědí našich respondentek, možnost vytvořit si na dítě památku byla nabídnuta pouze dvěma ženám. Obě tyto ženy byly podpořeny v rituálech loučení s dítětem, byl jim vysvětlen jejich význam. Tyto respondentky, jako jediné v našem souboru, mají fotografii svého dítěte. V obou zmíněných případech proběhl porod v perinatologickém centru, kde se s perinatální ztrátou setkávají častěji. Ze zjištění Ratislavové a Berana z roku 2010 vyplynulo, že většina perinatologických center umožňuje rodičům jejich dítě vidět, případně držet. V době, kdy jejich výzkum probíhal, pouze 3 perinatologická centra poskytovala na dítě upomínky. Ostatní respondentky v našem výzkumu nebyly podpořeny v tom, aby si na dítě pořídili nějakou památku. Později toho litovaly a památku na dítě by ocenily. Zmiňovaly také, že by uvítaly, kdyby jim tuto možnost v nemocnici aktivně nabízeli. V době okolo porodu se u rodičů může objevit tendence mít vše rychle za sebou a potřeba mít na dítě konkrétní památku může přijít až později. Z výpovědí našich respondentek je evidentní, že potřeba mít na dítě nějakou hmatatelnou památku je velmi významná. Většina respondentek tedy má něco, co je s jejich dítětem spojeno. Jedná se např. o těhotenské fotky či fotky z ultrazvuku, přívěšek s popelem dítěte nebo třeba oblečení, které mělo dítěti patřit.

Jak je zřejmé z výše uvedeného, **přístup zdravotnického personálu** může velmi zásadně ovlivnit průběh procesu truchlení. I přesto, že většině žen v našem souboru se nedostalo podpory v případě rituálů loučení s dítětem, celkově vnímaly přístup zdravotníků jako dobrý. Oceňovaly především lidskost a dostatek informací. Pouze dvě respondentky se setkaly s necitlivým přístupem personálu. Ten vnímaly více zraňující než samotnou ztrátu a vyrovnat se s ním pro ně bylo obtížné a trvalo to řadu let. Naproti tomu ve výzkumu Borůvkové (2012) ženy mnohem častěji postrádaly lidský přístup zdravotníků a dostatek informací. Negativně prožívaly také jejich necitlivý postoj a emoční odstup. Vhledem k tomu, že více než polovina respondentek ve zmiňovaném výzkumu utrpěla perinatální ztrátu více než 5 let před zahájením výzkumu, je možné, tento rozdíl připisovat i tomu, že přístup a postoj zdravotníků v České republice se pomalu mění k lepšímu a umí s touto situací lépe

pracovat. Také Ratislavová (2015) vnímala v průběhu svého 4 roky trvajícího výzkumu posun v psychosociálních intervencích porodních asistentek směrem k aplikaci rituálů rozloučení (vidět a chovat dítě) a naznačený trend v pořizování upomínek na novorozence. Náš výzkum nebyl primárně zaměřen na práci zdravotníků a na poskytnutí doporučení, jak v dané situaci k ženám přistupovat, to již velmi dobře učinily zmíněné výzkumy Borůvkové (2012) a Ratislavové (2015). Můžeme však potvrdit, že situace stále ještě není ideální a zdravotníci potřebují informace a podporu, aby samy dokázali být oporou rodičům, kteří se v této obtížné situaci ocitnou.

Jedním z hlavních faktorů, který napomáhá vyrovnání se s perinatální ztrátou, je **sociální opora**. Bylo zjištěno, že dostatečná opora je u žen spojena s nižší hladinou úzkosti a deprese (Cacciatore et al., 2009). Všechny respondentky v tomto výzkumu měly alespoň jednu osobu, se kterou mohly svou ztrátu sdílet. Za nejvýznamnější zdroj sociální opory můžeme označit **rodinu.** Nejbližší osobou, se kterou může žena svou ztrátu sdílet a spoluprožívat, je její **partner.** Ten byl jako nejvýznamnější opora vnímán polovinou našich respondentek. Pro ženy byla důležitá možnost vzájemného naslouchání a vypovídání se. Kladně oceňovaly také partnerovu přítomnost u porodu a jeho praktickou pomoc (např. se zařizováním pohřbu). Allahdadian et al. (2015) dále zjistili, že manželova přítomnost, jeho postoje a projevy lásky pomáhá ženám snižovat pocit viny a napomáhá k lepší adaptaci. Opora od partnera v takto náročné situaci bývá ženami očekávána a pokud se jí nedostává, může to pro ně být velmi zraňující. Několik respondentek mluvilo o selhání podpory ze strany partnera. Jednalo se o jeho nepřítomnost u porodu, uzavření se a neschopnost o celé situaci mluvit. U dvou respondentek vzhledem k těmto neshodám došlo k rozpadu vztahu.

Kromě partnera nalézaly ženy oporu také v dalších **členech rodiny**, zmiňováni byli především sourozenci a matky žen. Kromě emocionální opory oceňovaly ženy také praktickou pomoc (např. s úklidem a vařením či péčí o starší děti). Praktická pomoc ve zvládání každodenních činností dává ženám prostor a čas k tolik potřebnému truchlení a pomáhá v prvních chvílích po porodu, kdy ony mnohdy nejsou schopny tyto povinnosti zvládat (Allahdadian et al., 2015). Některým ženám se ze strany rodiny nedostalo potřebného pochopení, přijetí a povzbuzení. To celou situaci zhoršilo a vedlo k potlačení truchlení a u jedné respondentky ke kumulaci problémů. Jako podpůrné je vnímáno také **starší dítě**.

V prvních dnech po porodu může být péče o starší dítě náročná, neboť ženy potřebují truchlit. V tuto chvíli velmi ocení praktickou pomoc rodiny či přátel. Posléze je však starší dítě vnímáno jako podpůrné, protože ženy nutí fungovat a pomáhá jim soustředit se i na něco jiného. Kromě rodiny, hledaly ženy oporu také u svých **přátel.** Zde pro ně byla velmi významná možnost vypovídání se a také odreagování se. Podpora přátel se jevila obzvláště podstatná u těch žen, kde selhala opora rodiny. Špatenková (2006) mluví o tom, že by to měla být žena, která určuje kdy a s kým, chce o svém dítěti mluvit. Tendence vybírat si komunikační partnery byla zřejmá i u našich respondentek. Důležité pro ně bylo, aby k danému člověku měly důvěru, aby se nemusely bát odsouzení a mohly být samy sebou.

Nejdůležitějším aspektem sociální opory se zdá být možnost **sdílení.** Od svého okolí ženy nejvíce potřebovaly prostor k vyslechnutí, aby mohly o své ztrátě opakovaně mluvit. To koresponduje se zjištěními Jonesové (1997), dle které je svobodný prostor k truchlení pro matky velmi významný. Také Worden (2013) potvrzuje, že pro rodiče je důležité o ztrátě svého dítěte mluvit, i když okolí si mnohdy myslí pravý opak. Možnost o ztrátě mluvit, přinášela ženám úlevu. Oceňovaly, pokud se okolí nebálo zeptat a nevyhýbalo se tématu smrti dítěte. Pro ženy bylo důležité cítit jakési svolení, prostor pro to, že mohou mluvit, o čem potřebují. Kladně hodnotily také přirozené reakce a zájem. Naopak velmi negativně prožívaly ženy fráze typu: „***jste mladí a pořídíte si jiné dítě*“.** Tyto věty znevažovaly ztrátu dítěte, byly pro ženy zraňující, neboť ony v tu chvíli toužily právě po tomto svém dítěti a ne jiném. Pro některé z nich byla i představa dalšího těhotenství a s ním spojeného rizika v danou chvíli nereálná. Stejně tak ženy negativně hodnotily, pokud někdo bral celou situaci jako senzaci a snažil se zjistit detaily. Nepomáhalo ani falešné utěšování či zbytečné rady. Ženy si byly vědomy toho, že lidé v jejich okolí jsou celou situací zaskočeni a neví co říct, ale bylo by pro ně lepší, kdyby neříkali nic, jen byli přítomni a naslouchali. Stejně tak negativně vnímaly **vyhýbavé chování svého okolí.** Několik respondentek zmiňovalo, že pro ně bylo obtížné, když se lidé okolo nich tématu vyhýbali, protože jak už bylo uvedeno výše, potřeba žen o zemřelém dítěti mluvit je velká a pomáhá jim projít procesem truchlení a také začlenit dítě do rodinné historie. Jako náročný byl prožíván **první kontakt** s lidmi, kteří ještě o smrti dítěte nevěděli. Ženám bylo nepříjemné, že o tom tak musely mluvit i s lidmi, se kterými o tom mluvit nechtěly

(např. sousedy). Bály se jejich reakcí, toho, že je budou posuzovat (např. zda netruchlí moc či málo).

Vhodnou oporou v situaci perinatální ztráty může být **psychologická pomoc.** Pro rodiče může být někdy snazší požádat o podporu odborníky, kteří mají poskytování podpory v popisu práce (Kohnerová & Henleyová, 2013). Většina našich respondentek měla potřebu vyhledat odbornou psychologickou pomoc. Některým ženám byla podpora psychologa nabídnuta již v nemocnici, jiným nikoli. Z analýzy rozhovorů tedy vyplývá, že v této oblasti nepanuje ve zdravotnických zařízeních shoda. Do určité míry to může být dáno tím, zda dané pracoviště disponuje vhodným odborníkem. Ne vždy však nabídnutá pomoc splní účel. Jedna z respondentek, ke které byla psycholožka v nemocnici poslána, popsala, že se nejednalo o příjemné setkání, že se jí od dané psycholožky nedostalo opory ani informací o procesu truchlení. Naopak dvě respondentky postrádaly nabídnutí psychologické pomoci již v nemocnici. Obecně byla pro ženy v kontaktu s odborníky důležitá jejich empatie, naslouchání, možnost ventilovat své emoce. Prospěšné bylo, pokud došlo k normalizaci pocitů, které ženy prožívaly. Za cenné byly považovány informace o procesu truchlení a dalších souvisejících záležitostech. Naopak někde ženy tyto informaci postrádaly. Špatenková (2013) mluví o tom, že ne každý profesionál v pomáhající profesi umí s tématem smrti a truchlení pracovat. To je patrné i z výpovědí našich respondentek. Dvě z nich od odborníků neobdržely očekávanou pomoc, setkaly se s necitlivým přístupem, nedostatkem pochopení nebo jim byla nabídnuta pouze **medikace.** Podávání medikace však vede k oddálení procesu truchlení (Kasparková & Bužgová, 2010). Ratislavová (2008) zdůrazňuje, že rodičům by se mělo dostat především podpory a poradenství, jak žal zvládat a měl by být podporován psychologický přístup namísto medikace. Špatenková (2008) říká, že truchlení není nemoc, která by se dala pomocí léků vyléčit. Kromě chybějících informací o průběhu truchlení si naše respondentky stěžovaly obecně na **malou informovanost** o perinatální ztrátě v naší společnosti. Dle žen se o tomto tématu dostatečně nemluví a to vnímají v dané situaci jako komplikující faktor.

Zajímalo nás také, které aspekty, kromě již zmíněných rituálů loučení a sociální opory, pomáhaly ženám celou situaci zvládat. Některé ženy zmiňovaly **další těhotenství.** To může být pro ženy motivací k tomu dát se rychle dohromady, pomáhá jim odpoutat pozornost. Z výzkumu Borůvkové (2012) vyplývá, že další

těhotenství bývá ženami vnímáno jako zlomové v procesu truchlení. Někdy však touha a snaha o další těhotenství nemusí být vhodnou strategií. Jedna naše respondentka uvedla, že následné těhotenství *„zazdila“*. Těhotenství, které následuje po perinatální ztrátě, bývá vnímáno jako nesmírně emocionálně náročné období (Kaspárková & Bužgová, 2013). Ženy mohou mít obavu navázat se svým dítětem vztah, aby se ochránily před jeho případnou ztrátou. Běžná je také potřeba zvýšené kontroly (Borůvková, 2012). V tom, kdy je vhodné plánovat další těhotenství, nepanuje jednoznačná shoda. Doporučení ze strany zdravotníků většinou vychází pouze z fyzického stavu ženy, nezohledňuje její psychický stav. Ani z psychologického hlediska není jednoznačně možné určit jasně danou hranici, která by byla vhodná pro všechny ženy. Například Davisová (1996) doporučuje 1 rok, který považuje za dobu dostatečně dlouho k projití procesu truchlení a integraci prožité ztráty. Ve shodě s dalšími výzkumníky (Allahdadian et al., 2015; Kasparková & Bužgová, 2013) jsme dospěli k tomu, že s dalším těhotenstvím také souvisí potřeba žen vědět, co bylo **příčinou úmrtí.** Pokud nebyla jednoznačně určená příčina úmrtí dítěte, zvyšovala se obava, že by se situace v dalším těhotenství mohla opakovat.

Analýzou rozhovorů bylo také zjištěno, že velmi podpůrné jsou **příběhy jiných žen,** které zažily perinatální ztrátu. Když se ženy ocitnou v situaci, kdy se dozví, že jejich dítě v děloze zemřelo, často mají pocit, že jsou jediné na světě, že se to nikomu jinému nemohlo stát. Proto je pro ně informace, že to potkalo i jiné ženy, velmi důležitá. V příbězích hledají ženy informace, inspiraci a povzbuzení, pomáhá jim to pojmenovat a znovu prožít některé emoce. Obzvláště posilující byly dobré konce, tedy zjištění, že nějaká žena celou situaci zvládla a měla další dítě. Jako významné se jeví také sdílení zkušeností s dalšími ženami se stejnou zkušeností. V České republice nefungují pravidelně podpůrné skupinky. Výzkumnice ví od koordinátorky projektu Prázdná kolébka, že o ně nebyl příliš velký zájem. Často však ženy vyhledávají vzájemnou oporu na internetových fórech. Podpůrné skupiny mohou hrát důležitou roli v praktické pomoci v souvislosti se strategiemi adaptace a snižují úzkost a depresivní symptomy u žen (Cacciatore et al., 2009). Z výzkumu Cacciatorové (2007) také vyplývá, že pokud ženy po smrti svého dítěte navštěvovaly podpůrné skupiny, docházelo u nich méně často k rozvoji posttraumatické stresové reakce.

Podstatný je také **spirituální rozměr** celé situace. Polovina respondentek v našem výzkumu uvedla jako jeden z hlavních zdrojů pomoci víru. Důležité také bylo, pokud se v nastalé události podařilo najít nějaký hlubší **smysl**, **vysvětlení** či **poselství.** Jako další aspekty, které pomáhaly vyrovnat se se ztrátou dítěte, uváděly ženy činnosti a **aktivity, které jim pomáhaly odvést pozornost,** zaměřit se na něco jiného. Jednalo se o jejich koníčky, péči o domácí zvíře, změnu prostředí. Několik respondentek se také velmi rychle vrátilo ke svým pracovním povinnostem. Jedna z nich to však zpětně hodnotí jako příliš unáhlený návrat, který skončil jejím propuštěním z práce. Potřebovala by více času na možnost se se vším smířit, projít si procesem truchlení. Pokud ženy zažijí nečekanou a neovlivnitelnou ztrátu dítěte, vnímají ji často i jako ztrátu kontroly. Proto je pro některé z nich velmi bezpečné dělat činnosti, které znají. Rutina jim umožňuje mít nad situací větší kontrolu. Jako další podpůrné aspekty byla zmiňována přítomnost urny a to, že pro dítě nebyly doma připravené téměř žádné věci.

8.1 Limity

Tento výzkum je limitován především **malou velikostí výzkumného souboru,** vzhledem ke které není možné zjištění zobecnit na celou populaci žen s prožitkem perinatální ztráty. Zobecnění získaných zjištění však nebylo cílem této práce, šlo nám především o zmapování subjektivních prožitků a zkušeností žen. Další úskalí spočívá v **metodě výběru respondentek**. Vzhledem k tomu, že probíhal prostřednictvím instituce (webové stránky) či v okruhu známých došlo k oslovení pouze části spektra žen z cílové skupiny. Jelikož většina (6) respondentek byla získána přes výzvu na webových stránkách s tématem perinatální ztráty, dá se předpokládat, že se jednalo o ženy, které se o téma zajímají, mají potřebu hledat informace, číst příběhy dalších lidí s podobnou zkušeností a hledat tak pro sebe podporu. U některých žen, kterým zemře dítě, může dojít k potlačení tohoto zážitku, zvolí vyhýbavou strategii. Tyto ženy pak o své ztrátě nemluví, mohou mít snahu ji ze svého života „vymazat“. Takové ženy tedy pravděpodobně nebudou na výzvu k účasti na diplomové práci reagovat.

Stejně tak **složení respondentek dle vzdělání** není úplně reprezentativní. Většina žen v našem souboru měla vysokoškolské vzdělání, dvě respondentky měly vzdělání středoškolské. Jak uvádí například Kebza (2005), vyšší vzdělání souvisí

s vyšším socioekonomickým statusem a přináší tak bohatší sociální síť a tím i podporu. Tento fakt může alespoň částečně vyvažovat skutečnost, že jsou zastoupeny ženy s různě starou zkušeností, tedy v různých fázích truchlení. Dlouhá doba, která proběhla od perinatální ztráty, však může být zároveň považována za limitující faktor. Jednalo se také o ženy z různých míst republiky, tedy se zkušenostmi z odlišných zdravotnických pracovišť. Stejně tak byly v našem souboru zastoupeny ženy, u nichž se jednalo o první těhotenství, ale i ženy, které již nějaké děti měly.

Je zřejmé, že na zjištění mají vliv i **použité metody**. V průběhu rozhovoru hraje svou roli přítomnost výzkumnice a její schopnost vytvořit bezpečnou atmosféru a vhodné prostředí pro rozhovor. Důležité je v tomto momentě zmínit, že sama tazatelka má zkušenost s perinatální ztrátou, což mohlo mít vliv na její interpretaci a způsob vedení rozhovoru. S touto skutečností se však výzkumnice snažila vědomě pracovat. Zároveň je tuto její zkušenost možné považovat i za výhodu, neboť se tak lépe dokázala naladit na respondentky a pro ty, které o této její zkušenosti věděly, mohlo být lehčí otevřeně o svém prožitku hovořit.

Limitem práce může být také to, že staví pouze na subjektivních výpovědích žen. Vzhledem k různé době, která uplynula od perinatální ztráty, se mohou i jejich vzpomínky lišit. U žen může docházet k filtrování informací a jejich zkreslení, které se pak odráží na zjištěných výsledcích.

IV. ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývá tématem perinatální ztráty. Jejím cílem bylo zmapovat, jaké jsou zkušenosti žen se sociální oporou a co v této situaci nejvíce potřebují. V teoretické části jsme popsali základní východiska, na která jsme navázali v praktické části této práce. Ta byla založena na hloubkových rozhovorech s 10 respondentkami, které v minulosti prožily perinatální ztrátu.

Je zřejmé, že perinatální ztráta je velmi náročnou zkušeností. Jedná se o situaci, která převrátí naruby dosavadní život, naboural plány a naděje, na dlouhou dobu otřese sebevědomím ženy a stabilitou celé rodiny. Jako v každé takto náročné situaci hraje velkou roli možnost mít se o koho opřít. Jedním z hlavních faktorů, který napomáhá vyrovnání se s perinatální ztrátou, je sociální opora. Výsledky výzkumu ukázaly, že pro ženy je velmi důležité, pokud mohou svou ztrátu s někým sdílet, vyprávět o tom, co se stalo. Obzvláště očekávaná je opora od partnera, a pokud se jí nedostává, je to pro ženu velmi náročné. Prožívání a potřeby každé ženy se liší, každá z nich má jinou potřebu sdílení, v jiném časovém horizontu, s různým počtem lidí atd. Evidentní však je, že všechny ženy potřebují především vlídné, empatické naslouchání, plnou přítomnost a pozornost. Důležité je být ženě k dispozici a poslouchat, když ona potřebuje mluvit. Neexistují slova, která by mohla zemřelé dítě vrátit a mnohdy ani nezmenší bolest. Plané utěšování a fráze bývají často vnímány negativně, jako znevážení ztráty dítěte. Ženy si velmi cení zájmu svých posluchačů, toho, že se tématu nebojí a nevyhýbají se mu. Zároveň však mají potřebu vybírat si, s kým budou o své ztrátě mluvit.

Jako velmi podpůrné se dále jeví rituály loučení s dítětem (možnost dítě vidět a držet, vytvořit si na ně hmatatelnou památku a uspořádat pohřební rituál). V tom, zda kontakt s dítětem proběhne a jakou vzpomínku v rodičích zanechá, hraje klíčovou roli vhodná podpora zdravotníků. Z našich zjištění je patrné, že situace v tomto ohledu ještě není úplně ideální a je třeba dalšího vzdělávání a podpory zdravotníků, aby dokázali v takto náročné situaci k ženám vhodně přistupovat a pomohli jim správně započít proces truchlení. V zahraničí je tomuto tématu věnována značná výzkumná pozornost. Věříme, že tato práce přispěje k většímu povědomí o perinatální ztrátě v našich podmínkách a bude zdrojem informací pro všechny, kdo se s ženou v této nelehké situaci setkají.

V. LITERATURA

Allahdadian, M., Irajpour, A., Kazemi, A., & Kheirabadi, G. (2015). Social support: An approach to maintaining the health. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research, 20*(4), 465-470.

Badenhorst, W., & Hughes, P. (2007). Psychological aspects of perinatal loss. *Clinical Obstetrics & Gynaecology, 21*(2), 249-259.

Baštecká, B. (2005). *Terénní krizová práce.* Praha: Grada.

Baštecká, B. (2011). *Obřady/rituály.* Staženo 15. 12. 2015, z http://www.dlouhacesta.cz/obrady-ritualy-phdr-bohumila-bastecka-a-kol-22650/

Baštecká, B. (2013). *Psychosociální krizová spolupráce.* Praha: Grada.

Berman, M. R. (2009). Hledání vhodných slov po narození mrtvého dítěte. *Gynekologie po promoci, 9*(3), 27-30.

Binder, T. (2007). Psychologické a medicínské aspekty porodu mrtvého plodu. *Praktická gynekologie, 11*(2), 61-63.

Borůvková, K. (2012). *Psychosociální intervence u žen s perinatální ztrátou.* (Diplomová práce, Filosofická fakulta, Univerzita Karlova, Praha, Česká republika). Staženo z http://www.dlouhacesta.cz/psychosocialni-intervence-u-zen-s-perinatalni-ztratou/

Borůvková, K., Hoskovcová, S., & Hrušková, Z. (2015). Psychosociální intervence v případě úmrtí dítěte (perinatální ztráta, potrat). In L. Takács, D. Sobotková, & L. Šulová, *Psychologie v perinatální péči* (141-151). Praha: Grada.

Breen, L. J., & O'Connor, M. (2011). Family and social networks after bereavement:experiences of support, change and isolation. *Journal of Family Therapy, 33*, 98-120.

Brierley-Jones, L., Crawley, R., & Lomax, S. (2015). Stillbirth and stigma: The spoiling and repair of multiple social identities. *Omega, 70*(2), 143-168.

Cacciatore, J. (2007). Effects of support groups on posttraumatic stress responses in women experiencing stillbirth. *Omega, 55*(1), 71-90.

Cacciatore, J. (2013). Psychological effects of stillbirth. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine, 18*, 76-82.

Cacciatore, J., DeFrain, J., & Jones, K. L. (2011). When a baby dies: Ambiquity and stillbirth. *Marriagen and Family review, 44*(4), 439-454.

Cacciatore, J., Schnebly, S., & Froen, F. J. (2009). The effects of social support on maternal anxiety and depression after stillbirth. *Health and Social Care in the Community, 17*(2), 167-176.

Callister, L. C. (2006). Perinatal Loss: A Family Perspective. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing:, 20*(3), 227-234.

Capitulo, K. (2005). Evidence for healing interventions with perinatal bereavement. *The American Journal Of Maternal Child Nursing, 6*, 389-396.

Cobb, S. (1976). Social Support as a Moderator of Life Stress. *Psychosomatic Medicine, 38*(5), 300-314.

Collins, N. L., Dunkel-Schetter, C., Lobel, M., & Scrimshav, S. C. (1993). Social Support in Pregnancy: Psychosocial Correlates of Birth Outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology, 65*(6), 1243-1258.

Crawley, R., Lomax, S., & Ayers, S. (2013). Recovering from stillbirth: the effects of making and sharing memories on maternal mental health. *Journal of Reproductive and Infant Psychology,, 31*(2), 195-207.

Čepický, P. (1999). Šestinedělí po perinatálním úmrtí. *Moderní gynekologie a porodnictví, 8*(3), 241-242.

Davis, D. L. (1996). *Empty cradle, broken heart, surviving the death of your baby*. Golden: Fulcrum Publishing.

Dohnalová, Z., & Musil, L. (2008). Přínos sdružení Dlouhá cesta pro matky a rodiny vyrovnávající se se ztrátou dítěte. *Sociální práce* (2), 106-120.

Dohnalová, Z., & Pavlíková, E. (2011). Psychosociální podpora předčasně porodivších žen po úmrtí novorozence. *Florence: časopis moderního ošetřovatelství, 7*(1), 21-27.

Enkin, M. (1998). *Efektivní péče v perinatologii.* Praha: Grada.

Erlandsson, K., Warland, J., & Cacciatore, J. R. (2013). Seeing and holding a stillborn baby: Mothers' feelings in relation to how their babies were presented to them after birth—Findings from an online questionnaire. *Midwifery, 29*(3), 246-250.

Fenstmacher, K., & Hupcey, J. E. (2013). Perinatal Bereavement: A Principle-based Concept Analysis. *Journal of Advanced Nursing, 69*(11), 2389-2400.

Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu.* Praha: Portál.

Gjuričová, Š., & Kubička, J. (2009). *Rodinná terapie-systemické a narativní přístupy.* Praha: Grada.

Hájek, Z. (2004). *Rizikové a patologické těhotenství.* Praha: Grada.

Haškovcová, H. (2007). *Thanatologie.* Praha: Galén.

Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum.* Praha: Portál.

Hsu, M. T., Tseng, Y. F., Banks, J. M., & Kuo, L. L. (2004). Interpretations of stillbirth. *Journal of Advanced Nursing, 47*(4), 408-416.

Hupcey, J. E. (1998). Clarifying the social support theory-research linkage. *Journal of Advanced Nursing, 27*(6), 1231-1241.

Hutti, M. H. (2005). Social and Professional Support Needs of. *JOGNN, 34*(5), stránky 630-638.

Janzen, L., Cadell, S., & Westhues, A. (2004). From Death Notification Through the Funeral: Bereaved Parents' Experiences and Their Advice to Professionals. *Omega, 48*(2), 149-164.

Ježorská, Š., Hrtůsová, T., Černá, M., & Chrastina, J. (2013). Sociální opora jako protektivní faktor duševního zdraví. *Profese, 6*(1), 17-22.

Jones, M. (1997). Mothers who need to grieve: the reality of mourning the loss of a baby. *British Journal of Midwifery, 5*(8), 478-481.

Kasparková, P., & Bužgová, R. (Duben 2010). Podpora rodičů při perinatálním úmrtí. *Kontakt, 12*(4), 387-398.

Kaspárková, P., & Bužgová, R. (2013). Prožívání těhotenství po perinatální ztrátě. *Ošetřovatelství a porodní asistence, 4*(4), 643-656.

Kast, V. (2000). *Krize a tvořivý přístup k ní.* Praha: Portál.

Kast, V. (2015). *Truchlení.* Praha: Portál.

Kebza, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví.* Praha: Academia.

Kersting, A., & Wagner, B. (2012). Complicated grief after perinatal loss. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 14*(2), 187-194.

Klimpl, P. (2009). Krizová intervence: ohlédnutí po dvaceti letech. *Psychiatrie pro praxi, 10*(5), stránky 234-238. Staženo 18.12.2015, z http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2009/05/09.pdf

Kohnerová, N., & Henleyová, A. (2013). *Když dítě zemře.* Praha: Triton.

Kohoutek, T., & Čermák, I. (2009). *Psychologie katastrofické události.* Praha: Academia.

Kožený, J., & Tišanská, L. (2003). Dotazník sociální opory - MOS: vnitřní struktura nástroje. *Československá psychologie, 47*(2), 135-143.

Krause, N. (1997a). Received support, anticipated support, social class, and mortality. *Research on Aging, 19*, stránky 387-422.

Krause, N. (1997b). Anticipated support, received support, and economic stress among older adults. *The Journals of Gerontology, 52*(6), 284-293.

Křemenová, J., & Fremlová, H. (2009). Jak eticky zvládnout situaci po porodu mrtvého plodu. In: Binarová, I., Cichá, M.: *Etické aspekty ošetřovatelské péče v teorii a praxi* (97-100). Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně: Zlín.

Křivohlavý, J. (1999). Sociální opora v intervenčních programech. *Československá psychologie, 46*(4), 340-346.

Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví.* Praha: Portál.

Kubíčková, N. (2001). *Zármutek a pomoc pozůstalým.* Praha: Nakladatelství ISV.

Kübler-Rossová, E. (1992). *O smrti a umírání, .* Turnov: Arica.

Kupka, M. (2014). *Psychosociální aspekty paliativní péče.* Praha: Grada.

Leahy-Warren, P., McCarthy, G., & Corcoran, P. (2012). First-time mothers: social support, maternal parental self-efficacy and. *Journal of Clinical Nursing, 21*(3-4), 388-397.

Lehman, D. R., Ellard, J. H., & Wortman, C. B. (1986). Social support for the bereaved: Recipients' and providers' perspectives on what is helpful. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*(4), 438-446.

Leon, I. G. (2008). *Helping families cope with perinatal loss.* Staženo 10.12.2015 z http://www.glowm.com/index.html?p=glowm.cml/section_view&articleid=417.

Lu, L. (1997). Social Support, Reciprocity, and Weil-Being. *The Journal of Social Psychology, 137*(5), 618-628.

Madarasová Gecková, A., Šimonová, E., & Van Dijk, J. P. (2003). Starí rodičia ako zdroj sociálnej opory. *Československá psychologie, 47*(1), 31-41.

Maternal and perinatal health. Získáno 10.11.2015, z http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/maternal_perinatal/en/

McLarenová, J. (2007). Smrt dítěte. In P. Firthová, G. Luffová, & D. Oliviere, *Ztráta, změna a zármutek v kontextu paliativní péče* (103-119). Brno: Společnost pro odbornou literaturu.

Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu.* Praha: Grada.

Nejste sami. Získáno 1.11.2015, z http://www.dlouhacesta.cz/nejste-sami/.

Nešporová, O. (2013). *O smrti a pohřbívání.* Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury.

Nuzum, D., Meaney, S., & O'Donoghue, K. (2014). The impact of stillbirth on consultant obstetrician gynaecologists: a qualitative study. *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 121*(8), 1020-1028.

Pera, H., & Weinert, B. (1996). *Nemocným nablízku.* Praha : Vyšehrad.

Perinatální mortalita v České republice. Získáno 1.12.2015 z http://lekari.porodnice.cz/perinatalni-mortalita-v-ceske-republice

Prázdná kolébka. Získáno 14.11. 2015, z http://prazdnakolebka.cz/

Ratislavová, K. (2008). *Aplikovaná psychologie porodnictví.* Praha: Reklamní ateliér Area.

Ratislavová, K. (2015). *Psycho-socio-spirituální péče porodní asistentky o ženu po perinatální ztrátě.* (Disertační práce, Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, České Budějovice, Česká republika). Staženo z https://theses.cz/id/d1vwzt/Disertan_prce-Ratislavov.pdf

Ratislavová, K., & Beran, J. (2010). Psychosociální intervence při porodu mrtvého plodu v historii a dnes. *Česká gynekologie, 75*(5), 462-466.

Riches, G., & Dawson, P. (1998). Lost children, living memories: The roles of photographs in processes of grief and adjustment among bereaved parent. *Death Studies, 22*(2), 121-140.

Riches, G., & Dawson, P. (2000). *An intimate loneliness. Supporting bereaved parents and siblings.* Philadelphia: Open university press.

Ryninks, K., Roberts-Collins, C., McKenzie-McHarg, K., & Horsch, A. (2014). Mothers' experience of their contact with their stillborn infant: An interpretative phenomenological analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth, 14*(1), 203-213.

Sherbourne, C. D., & Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social Science & Medicine, 32*(6), 705-714.

Smith, J. A., & Osborn, M. (2008). Interpretative Phenomenological Analysis. In J. A. Smith, *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Research Methods* (53-80). Los Angeles: Sage Publications.

Surkan, P. J., Radestad, I., Cnattingius, S., Steineck, G., & Dickman, P. W. (2009). Social support after stillbirth for prevention of maternal depression. *Acta Obstetricia et Gynecologica, 88*, 1358-1364.

Šolcová, I., & Kebza, V. (1999). Sociální opora jako významný protektivní faktor. *Československá psychologie, 43*(1), 19-38.

Šolcová, I., & Kebza, V. (2003). Prediktory sociální opory u české populace. *Československá psychologie, 47*(3), 220-229.

Šolcová, I., & Kebza, V. (2003). Prediktory sociální opory u české populace. *Československá psychologie, 47*(3), 220-229.

Špaňhelová, I. (2015). *Prázdná kolébka.* Praha: Portál.

Špatenková, N. (2004). *Krize.* Praha: Grada.

Špatenková, N. (2006). *Jak řeší krizi moderní žena.* Praha: Grada.

Špatenková, N. (2013). *Poradenství pro pozůstalé.* Praha: Grada.

Štembera, Z., & Velebil, P. (2003). Vývoj perinatální úmertnosti v ČR. *Interní medicína - mezioborové přehledy, 2*, 21-25.

Taylor, S. E., Sherman, D. K., Jarcho, J., Takagi, K., & Dunagan, M. S. (2004). Culture and Social Support: Who Seeks It and Why? *Journal of Personality and Social Psychology, 87*(3), 354-362.

Thoits, P. A. (1995). Stress, Coping and Social support processes: Where are we? What next? *Journal of Health and Social Behavior, 35*, 53-79.

Thorová, K. (2015). *Vývojová psychologie.* Praha: Portál.

Trulsson, O., & Radestad, I. (2004). The Silent Child—Mothers' Experiences Before, During, and after Stillbirth. *Birth, 31*(3), 189-195.

Uchino, B. N. (2006). Social Support and Health: A Review of Physiological Processes Potentially Underlying Links to Disease Outcomes. *Journal of Behavioral Medicine, 29*(4), 377-387.

ÚZIS (2013). *Rodička a novorozenec.* Získáno 4.12.2015, z http://www.uzis.cz/book/export/html/249

Vodáčková, D. & kol. (2007). *Krizová intervence.* Praha: Portál.

Vokurka, M., & Hugo, J. (2005). *Velký lékařský slovník.* Praha: Maxdorf.

Vymětal, J. (2003). *Lékařská psychologie.* Praha: Portál.

Wellisch, D., Kagawa-Singer, M., Reid, S. L., Lin, Y.-J., Nishikawa-Lee, S., & Wellisch, M. (1999). An exploratory study of social support: A cross-cultural comparison of Chinese-. Japanese-, and Anglo-american breast cancer patient. *Psycho-oncology, 8*, 207-219.

Wills, T. A., & Shinar, O. (2000). Measuring percieved and received social support. In S. Cohen, U. L. G, & B. H. Gottlieb, *Social support measuremrnt and intervention: A guide for health and social scientists* (86-135). New York: Oxford University Press.

Worden, J. W. (2013). *Smútkové poradenstvo a smútková terapie - příručka pr odborníkov z oblasti duševného zdravia.* Trenčín: Vydavatelstvo F.

Zákon o zdravotních službách. (2011). Získáno 4.12.2015 z http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372