OBSAH

OBSAH 3

O autorkách 8

ÚVOD - DIDAKTICKÁ ČÁST 9

Metody výuky 9

Specifika výuky: pravidla pro práci se studenty 14

Práce s emocemi studentů 14

Práce s budováním důvěry, bezpečím 15

Práce s hranicemi 16

Práce se skupinovou dynamikou 16

Jak lze učit aktivní naslouchání a komunikaci? 17

Zásady výuky aktivního naslouchání 17

Komunikace učitele se studenty 22

Právní stránka 23

Jak hodnotit dosahování výukových cílů? 23

KAPITOLA 1 - SMRT, TRUCHLENÍ, ZÁRMUTEK 26

Krize 26

Trauma, psychotrauma, posttrauma 27

Perinatální ztráta 29

Proces truchlení 32

Obranné mechanismy 36

KAPITOLA 2 - SDĚLOVÁNÍ NEPŘÍZNIVÝCH ZPRÁV 38

Sdělení diagnózy a první fáze truchlení rodičů 38

Sdělení špatné zprávy telefonicky 40

KAPITOLA 3 - INTERRUPCE, POTRAT, PRENATÁLNÍ PALIATIVNÍ PÉČE 47
Psychologická problematika interrupce 48
Interrupce z genetických důvodů 49
Prenatální a perinatální paliativní péče 51
Potrat 52
KAPITOLA 4 - POROD MRTVÉHO DÍTĚTE, ČASNÉ NOVOROZENECKÉ ÚMRTÍ 55
Porod mrtvého dítěte 56
Časné novorozenecké úmrtí 61
KAPITOLA 5 - RITUÁLY PŘI ÚMRTÍ MIMINKA 67
Rituály při úmrtí miminka 68
KAPITOLA 6 - PÉČE O RODIČE V NEMOCNIČNÍM ZAŘÍZENÍ 76
Hospitalizace ženy po porodu mrtvého dítěte / úmrtí novorozence 77
KAPITOLA 7 - STRATEGIE ZVLÁDÁNÍ ZÁTĚŽE 83
Rozdíl mezi obrannými mechanismy a copingovými strategiemi 83
Copingové strategie 84
Posttraumatický růst u zasažených a pomáhajících 87
KAPITOLA 8 - VLIV ZTRÁTY NA RODINU A NA VZTAHY 91
Vliv na partnerský / manželský pár 91
Rozdíly v truchlení žen a mužů 92
Jak truchlí děti? 95
Jak truchlí prarodiče? 97
KAPITOLA 9 - KOMPLIKACE V PROCESU TRUCHLENÍ 102
Jak se pozná komplikované truchlení? 103
Rizikové faktory 103
Ochranné faktory 104
Jak můžeme komplikované truchlení poznat? 104

KAPITOLA 10 - ODBORNÁ A LAICKÁ POMOC RODIČŮM 108
Psychoterapie a poradenství 109
KAPITOLA 11 - PÉČE O RODINU V DALŠÍCH TĚHOTENSTVÍCH 116
Příprava na další těhotenství 116
Škála perinatálního zármutku 117
Těhotenství po perinatální ztrátě 120
KAPITOLA 12 - ZÁTĚŽ A PÉČE O SEBE U POMÁHAJÍCÍCH 124
Jak se o sebe postarat přímo po náročné komunikaci? 127
Příklady zadání pro supervizi 128
Péče o tým 128
Možnosti prevence vyhoření 129
KAPITOLA 13 - ZÁVĚR 132
Slovo závěrem 137

PŘEDMLUVA

Vážené kolegyně a kolegové,

dovolujeme si vám nabídnout publikaci, která vychází z našich zkušeností a z teoretické přípravy k vedení kurzů pro pomáhající profese.

Setkání se smrtí v praxi pomáhajících je událost, které se často dopředu obávají, cítí malou jistotu v komunikaci se zasaženými osobami, s kolegy a obvykle mají jen zlomek informací o tom, jak se postarat o sebe. Na vše se připravit dopředu nemohou, ale s určitou přípravou mohou být pohotovější a lépe se orientovat v péči o své klienty a o sebe.

Obě jsme pedagožky a terapeutky, které poskytují péči truchlícím rodinám a jejich členům. Jejich zkušenosti zde reflektujeme a tímto jim také děkujeme za důvěru, s jakou se na nás obracejí, a za to, že můžeme zprostředkovat to, co se dozvídáme, že v procesu vyrovnávání se se ztrátou pomáhá, a co léčivému procesu brání nebo ho zastavuje.

Nasloucháme též zkušenostem pomáhajících, kteří se s událostí v praxi setkávají a jsou ochotni se o ně podělit. Nyní, když po dobu asi pěti let spolu vedeme kurzy pro pomáhající z řad porodních asistentek, lékařů - neonatologů, porodníků a gynekologů, krizových interventů, záchranářů, psychologů a psychoterapeutů, dul, vysokoškolských učitelů a dalších, rozhodly jsme se nabyté zkušenosti poskytnout i vám, kteří své žáky a studenty učíte lidskému a osobnímu přístupu k rodinám, které ztrátu miminka zažívají.

Možná jen budeme potvrzovat Vaše obvyklé postupy a možná v publikaci najdete inspiraci pro další rozšíření a obohacení výuky.

Přestože zkušenosti zasažených jsou si určitým způsobem podobné a teorie je zobecňující, snažíme se vést studenty k respektu k individuální odlišnosti jedinců a rodin, rozmanitosti lidského prožívání a k pokoře. Vztah pomáhajících a zasažených je asymetrický tím, že jeden péči poskytuje a druhý přijímá. Pomáhající má o procesu informace, ví, co má dělat. Někdy má i mnoho předchozích zkušeností. Vnímání zasaženého jako partnera, který pozná v bezpečném vztahovém prostoru, co je pro něj dobré a může se i v náročné situaci kompetentně rozhodovat na základě poskytnutých informací, s emoční podporou a praktickou pomocí, je uměním a ře-

meslem, které se snažíme studenty naučit.

V jednotlivých kapitolách nabízíme základní teoretické poznatky, které vychází z odborné literatury, výzkumů a mapují bio-psycho-sociální model péče o rodiče po perinatální ztrátě s citlivostí ke spirituálním rozměrům. Rozsah publikace nám neumožňuje poskytnout plnou šíři teoretických poznatků, ale v závěru každé kapitoly najdete vždy seznam použitých a doporučených zdrojů k prostudování.

Zaměřily jsme se především na nabídku různých technik a cvičení, která pomohou studentům rozvíjet kritické myšlení, komunikační a jiné dovednosti. Často využíváme ve výuce reflexi, simulaci, diskusi nebo kreativní formy výuky. Publikace obsahuje i několik obrázků, které je možné využít pro práci se studenty (kopírovat).

V každé lekci jsou zařazena také cvičení pro péči o sebe, sebeuvědomění a sebe-rozvoj.

Chceme tak upozornit na nutnost a velký význam psychohygieny. Naši účastníci kurzů (zdravotníci z praxe) se často zmiňují o tom, že nevědí, jak o sebe pečovat. Jsou zvyklí být k dispozici svým klientům a pacientům, ale často na sebe zapomínají. Naším cílem je tedy, aby se péče o celkové zdraví (tělesné, duševní, vztahové a duchovní) stala běžnou součástí výuky i praxe pomáhajících.

Autorky

Cíl knihy – nabídnout vyučujícím informace a techniky k tomu, aby se studenti naučili:

- ***porozumět procesu truchlení při perinatální ztrátě,***
- ***popsat a formulovat význam rituálu rozloučení pro rodiče po perinatální ztrátě,***
- ***naplánovat psychosociální péči o ženu/rodiče po perinatální ztrátě,***
- ***efektivně poskytnout psychosociální intervence při úmrtí novorozeného dítěte,***
- ***aplikovat poznatky o psychoterapeutickém přístupu k ženám/rodičům po perinatální ztrátě do praxe,***
- ***rozlišit normální a komplikovaný průběh truchlení,***
- ***vyhodnotit prospěšné strategie pro zvládání zármutku,***
- ***aplikovat zásady psychohygieny.***

O AUTORKÁCH

Mgr. Kateřina Ratislavová, Ph.D.

Přednáším na katedře ošetřovatelství a porodní asistence Fakulty zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni. Věnuji se především výuce psychologie a komunikace ve studijním programu Porodní asistence. Sama jsem porodní asistentkou s psychoterapeutickým výcvikem v dynamické psychoterapii. Dlouhodobě spolupracuji se spolkem Dlouhá cesta, z.s. a Plzeňská zastávka, z.s. Poskytuji poradenství ženám po perinatální ztrátě v Plzeňském kraji. Podílím se na vzdělávání pomáhajících profesionálů v blended learningovém kurzu Péče o rodiče po perinatální ztrátě. Jsem členkou Sekce dětské paliativní péče ČSPM ČLS JEP a České komory porodních asistentek, z.s.

Mgr. Zuzana Hrušková

Pracuji jako psychoterapeutka a krizová interventka s rodinami, páry a jednotlivci. Často pracuji s lidmi, kteří přišli o dítě v jakémkoliv věku a z jakékoliv příčiny. Dále jsem lektorkou kurzů pro pomáhající z mnoha oborů. Vystudovala jsem obor předškolní pedagogika na Pedagogické fakultě Univerzity Karlovy v Praze se specializací speciální pedagogika. Absolvovala jsem dlouhodobý psychoterapeutický výcvik v rodinné terapii psychosomatických poruch v Liberci, toho si cením nejvíce. Absolvovala jsem řadu dalších kurzů, včetně kurzů krizové intervence. Spolupracuji s Dlouhou cestou, z. s., a s Psychosomatickou klinikou v Praze. Jsem členkou sekce pro psychologii krizí, katastrof a traumatu při Českomoravské psychologické společnosti.

ÚVOD - DIDAKTICKÁ ČÁST

V úvodu knihy vás seznámíme obecně s metodami výuky, se kterými se setkáte v jednotlivých kapitolách. Při výuce tak citlivého tématu, jakým je péče o rodiče po úmrtí miminka, je zásadní otázkou atmosféra bezpečí a důvěry při výuce. Proto v úvodu publikace najdete také doporučení pro práci se studenty. V textu uvádíme ženské a mužské role různě v obou rodech. Chceme tím dát najevo, že text je určen pedagogům, lektorům a studentům či frekventantům kurzů obou pohlaví.

METODY VÝUKY

Učitel by se měl při výuce opírat o osvědčené metody, jako je výklad a názorný příklad. Postupujeme od jednoduchého ke složitějšímu. Od povrchu k hloubce. Ale bereme také v potaz, že někteří studenti, a zejména to bývají ženy, potřebují věci zevnitř vycítit, prožít, aby pro ně byly uvěřitelné.

Velmi důležité je vyučování vlastním příkladem - studenti se učí nápodobou. Učitel by měl nechat studenty bezpečně zkoušet nové věci, nechat je i chybovat, protože také chybami se učíme. Eliminujeme tím chyby v reálné situaci později.

Je nezbytné studenty ve výukové situaci nechat zkoušet metodou pokus-omyl, aby si pak byli jistější v realitě praxe.

V náročných tématech je oblíbenou metodou diskuze s možným sokratovským dotazováním. Učitel by měl umět pracovat s technikami aktivizace, umět odhadnout míru únavy z tématu, což je při náročných tématech více než důležité. Unavený student se nemůže mnoho naučit, jen se učí se přetěžovat, pokud vlastní únavu nerespektuje, a to právě u tohoto tématu je více než nežádoucí.

Učitel by měl umět vnímat výuku jako proces – cestu, která je snad i v tomto případě důležitější než všechny výukové cíle. Jak se učíme, je v tomto případě zásadnější než to, zda se naučíme do detailu vše.

V jednotlivých kapitolách jsou zařazeny aktivity, které jsou označeny následujícími symboly:

OTÁZKY K DISKUZI

OTÁZKY K ZAMYŠLENÍ V ÚVODU TÉMATU

Otázky, které můžete nabídnout k zamyšlení a diskuzi pro studenty, najdete ve většině kapitol. V průběhu diskuze mohou účastníci sdílet své zkušenosti, dostávají příležitost formulovat své názory a postoje k různým otázkám, které se týkají paliativní péče. Diskuze může probíhat před samotným výkladem teorie (motivuje studenty, zvyšuje jejich pozornost) nebo po výkladu (poskytuje zpětnou vazbu učiteli). Pedagog diskuzi řídí (pokládá pomocné nebo provokativní otázky, hlídá držení se tématu) a uzavírá (shrne nejdůležitější body). Závěry diskuze nebo názory studentů je možné zaznamenat například na flipchart. Při diskuzích mohou být přínosné smíšené skupiny studentů z různých studijních oborů nebo profesí. Dochází k obohacení účastníků, k získání interdisciplinárního nadhledu a respektu k možné spolupráci. Důležitá je atmosféra důvěry a bezpečí podpořená vyučujícím.

Z CVIČENÍ PRO ZAČÁTEČNÍKY

Cvičení jsou určena především studentům zdravotnických oborů nebo pomáhajícím, kteří mají zatím malou nebo žádnou zkušenost s péčí o rodiče při úmrtí miminka. Prospěch z těchto cvičení však mohou mít i pokročilí studenti.

P CVIČENÍ PRO POKROČILÉ

Cvičení jsou určena zejména pro studenty/pomáhající, kteří se již s péčí o truchlící rodiče setkali, mají zkušenost s paliativní péčí, psychoterapeutickými technikami, týmovou spoluprací apod. Předpokládáme, že tito účastníci mají vybudovanou již jistou psychickou odolnost, jsou schopni porozumět širším souvislostem a aplikovat ve cvičeních své zkušenosti z praxe.

Doporučujeme, aby vyučující cvičení, které chce využít při výuce, nejprve vyzkoušel sám na sobě. Je důležité, aby měl svou vlastní zkušenost s tématy před tím, než se pustí do práce se studenty. Práce na sobě slouží tomu, aby mohl oddělit své prožívání a postoje od postojů ostatních, dokázal být otevřený a empatický, respektující a aby své postoje a prožitky mohl v době výuky odložit ve prospěch studentů.

Cvičení mohou být individuální, ve dvojici nebo skupinová. Studenti si mohou vést deník, kde zaznamenávají své odpovědi, reakce, změny postojů a zpětně mohou sledovat svůj osobní vývoj.

Mezi cvičení jsou zařazeny také metody vyprávění reálných příběhů rodičů po ztrátě miminka. Může jít o čtení rodičovských příběhů dostupných na internetu, videa a nahrávky výpovědí rodičů nebo o besedu s rodiči po perinatální ztrátě. Skutečné příběhy rodičů mohou pomoci účastníkům přiblížit proces truchlení jako přirozenou cestu vyrovnávání se se ztrátou miminka.

Přestože se dostupnost materiálů na internetu může měnit, zařadily jsme do některých kapitol odkazy na internetové stránky, které lze v době vzniku publikace ve výuce použít.

MODELOVÉ SITUACE - PRAVIDLA

Modelové situace řadíme do výuky metodou simulační, která uvádí studenty do analýzy problému, se kterým se mohou setkat i ve skutečnosti. Tato metoda předpokládá aktivitu účastníků a vede od mluvení k prožívání a jednání. Studenti si mohou v bezpečném prostředí procvičit své komunikační dovednosti, získat nadhled, řešit a analyzovat různé problémy apod. Při simulaci případů, které se týkají takového citlivého tématu, jakým je perinatální ztráta, je opět velmi důležité zajistit psychologicky bezpečné prostředí.

Existují různé druhy simulační výuky. Může jít o vysoce specializovanou simulaci v prostředí, které je blízké prostředí klinickému (např. připomínající jednotku intenzivní péče), s herci, kteří jsou vyškolení představovat pacienta se specifickou nemocí (standardizovaný pacient). Nebo může jít o modelovou situaci, kdy je dán rámec scénáře a jednotlivých rolí, které si mezi sebou účastníci rozdělí. Během simulace je možné využívat také „umělé modely“ - např. model pro resuscitaci novorozence. V těchto případech si účastníci mohou nacvičit konkrétní intervence pro záchranu života novorozence i komunikační dovednosti, týmovou spolupráci apod. V poslední době se rozvíjí také simulace v prostředí virtuální reality (tzv. virtuální pacient). Počítačový program simuluje klinické případy z reálného života a student v roli zdravotnického pracovníka získává informace z anamnézy pacienta, fyzikálního vyšetření a provádí diagnostická a terapeutická rozhodnutí.

Před započetím hraní rolí je vždy nutné zařadit tzv. *prebriefing*. Prebriefing připravuje účastníky na možnou psychologickou zátěž, otevírá otázku obav a upozorňuje na možnost ukončit kdykoliv svoji účast v simulaci. Účast studentů v rolích by měla být dobrovolná. Předem by měli účastníci vědět, že je pravděpodobné a přirozené, že je během hraní rolí zasáhnou emoce různé intenzity. Studenti by měli ve svých rolích vydržet po stanovenou dobu, ale pokud by byla situace pro účastníky nepřiměřeně nepříjemná, mohou vystoupit z role kdykoliv v průběhu modelové situace a lektor by měl být připraven zajistit pro účastníky psychologickou podporu a pomoc.

Zároveň je důležitá i reálnost situace, autenticita projevů, která zvyšuje dopad metody na účastníky. Zásadní je zajištění nerušeného a dostatečně prostorného prostředí pro modelové situace.

Při výuce pomocí simulace je často zařazována role pozorovatele. Jeho role je pozorovat, co se děje, co kdo a jak říká, sledovat neverbální projevy a také sledovat své pocity. Po skončení modelové situace se podělí o své poznatky. Do modelové situace aktivně nezasahuje. Studie naznačují, že účastníci v roli pozorovatelů profitují ze simulace stejně jako účastníci, kteří se simulace účastní aktivně.

Studenti jsou většinou rozděleni do menších skupin (4-6 studentů), ve kterých si nejprve prostudují zadání modelové situace (příběh, popis situace, vstupní data, event. záznam fiktivní zdravotnické dokumentace). Jde o bod, od kterého se situace dále rozvíjí formou hraní rolí. Ve skupině si přiřadí určité role, které z modelové situace vyplývají. V případě nácviku péče o rodiče při perinatální ztrátě jde většinou o roli matky, otce dítěte, lékaře, porodní asistentky/neonatologické sestry a roli pozorovatele. Bývá přínosné, když si roli lékaře vyzkouší studentka nebo sestra a naopak. Výměna rolí přispívá k lepší mezioborové spolupráci a ocenění v týmu. Dále mohou být poskytnuty i podrobnější informace o dalším vývoji situace, klíče k řešení případu, očekávané intervence. Většinou jsou však účastníci vyzváni k přirozeným, spontánním reakcím, ať už „správným" či „nesprávným". V tomto případě se skupina bez dlouhého přemýšlení pustí do nácviku. Jednotliví účastníci znají svou roli i rámec situace a nyní je lépe n přemýšlet a dělat, co tělo chce, a nechat ústa, aby říkala, co mají na jazyku. Během modelové situace by studenti neměli vystupovat ze svých rolí a konstruovat, co by řekli nebo neřekli za jiných situací apod., což se často stává. Když jsou v roli, mají ji držet až do ukončení. Pro rozvoj psychosociálních a komunikačních dovedností je důležité, aby účastníci byli citliví a vnímali vlastní pocity, reflektovali své emoce a tělesné prožitky v průběhu modelové situace.

Pro výuku začátečníků (Z) doporučujeme, aby do rolí zasažených rodičů vstupovali (nejprve) lektoři. Pro mladé nezkušené studenty může být role rodiče, kterému zemřelo dítě, příliš náročná. Psychologická bezpečnost prostředí pro účastníky je zásadní. Před celou velkou skupinou se obvykle lidé ostýchají modelové situace přehrávat, ale záleží na kolektivu. U studentů, kteří s modelovými situacemi nemají zatím zkušenost, doporučujeme hraní rolí v menších skupinách (4-6 studentů) a poté sdílení zkušeností (debriefing) v celé větší skupině.

Lektoři, pokud nejsou aktivními účastníky modelové situace, jsou nezúčastnění pozorovatelé a do situace nezasahují (na to upozorní již při zadávání modelové situace). Vhodné je uspořádání prostoru tak, aby skupiny studentů měly své soukromí pro hraní rolí. Může být několik skupin studentů, kteří se věnují různým modelovým situacím dle zadání. Potom lektoři skupinky obcházejí a nahlíží, co se v nich děje, případně pozorují neverbální projevy. Sledují časový rámec a většinou dávají pokyn k ukončení simulace. Po ukončení modelové situace je zařazen tzv. debriefing nebo zpětná vazba. Lektoři se spolu se studenty vrací k jednotlivým modelovým situacím a poskytnou prostor každému účastníkovi k reflexi situace i k sebereflexi. Lektoři se mohou tázat: Co bylo nejtěžší a nejsnadnější pro aktéry v roli ...? V čem si byli jistí, v čem nejistí? Jak snášeli bezmoc (a jiné emoce) v této situaci? Jak se cítili jako rodiče při komunikaci se zdravotníky? Čeho se jim dostalo, čeho nedostalo? Co je rozčilovalo, co uklidňovalo? Co zvyšovalo/snižovalo jejich úzkost? Co vnímal/i přihlížející? Co s aktéry dělalo ticho? Jak jim plynul čas? apod. Debriefing podporuje kritické myšlení, zvnitřnění nových vědomostí, dovedností a postojů.

Doporučujeme také na závěr simulace provést evaluaci (zkušenosti studentů, lektorů, event. podpůrného týmu), ověřit, zda bylo dosaženo stanovených cílů, a zapracovat připomínky do příští simulační výuky.

SEBEPÉČE, SEBEREFLEXE, DUŠEVNÍ HYGIENA

Péče o truchlící rodiče je psychicky náročná. Pečující se setkávají přímo s lidským utrpením, zoufalstvím a bezmocí. Při konfrontaci se situací perinatální ztráty mohou prožívat vysokou úroveň úzkosti, emocionální únavy a některé studie hovoří i o nepřímé traumatizaci, která se může projevit například depresí, vztekem, bezmocností, zneužíváním léků nebo návykových látek, vtíravými myšlenkami a nebo nočními

můrami. Je proto zásadní, aby pomáhající dokázali pečovat také o sebe samé, jedině tak mohou být pak k dispozici pro péči o své pacienty a klienty. Během výuky vedeme studenty k tomu, aby se starali o své tělo (především pití nealkoholických nápojů, pohyb, odpočinek, uvolnění napětí apod.), o svoji mysl (např. relaxovali, o přestávkách se věnovali i „jiným" tématům) i o své emoce (věnovali jim pozornost, dokázali je pojmenovat, vyjádřit, odreagovat apod.). Sebereflexe je proces, kterým člověk vnímá, posuzuje a řídí své chování. Jedinec pozoruje a vnímá své pocity a myšlenky, může je pak obohatit o vlastní úvahy nad vlivy a dopady vlastního jednání a zapracovat je do záměrného provádění aktivit pro podporu zdraví a duševní pohody.

Duševní hygiena je soubor technik a zásad, které přispívají k osobnostnímu rozvoji, duševní rovnováze a redukci důsledků působení zátěže. Na závěr každé kapitoly přinášíme inspiraci, jak může student i učitel opečovat sám sebe při studiu nebo vyučování náročného tématu či po něm. Může to být inspirací i pro to, jak se o sebe postarat v praxi.

SPECIFIKA VÝUKY: PRAVIDLA PRO PRÁCI SE STUDENTY

Práce s emocemi studentů

Během setkávání nad tak náročným tématem je emoční doprovod nevyhnutelný. Pokud se emoce projeví nebo o nich studenti sami mluví, můžeme vlastním příkladem ukázat, jak lze s vlastními i cizími emocemi pracovat.

Prvním krokem je emoci pojmenovat. Například: *„Když o tom přemýšlím, cítím bezmoc. Připomíná mi to situace, kdy jsem chtěla někomu pomoci a nemohla jsem."* nebo *„Vypadáte smutně, naštvaně, unaveně. Je to tak?"*

Druhá věc je emoce normalizovat. *„Je pochopitelné, že když mluvíme o tom, že miminko zemřelo, cítíte lítost. Je to normální reakce na situaci, která není běžná."*

Součástí druhého kroku je učit se rozlišovat, zda míra a intenzita emoce odpovídá současné situaci. Pokud je intenzita příliš velká, je možné, že se prožitek ze situace spojuje s jiným prožitkem v minulosti. Například výuka o perinatální ztrátě mi připomíná neodtruchlenou interrupci před několika lety. Pak je nutné obě situace odlišit a případně v konzultaci s psychoterapeutem nebo krizovým interventem doprožít a zařadit do příběhu svého života. Stejně tak i v případě, že intenzita není

tak silná, ale myšlenky na téma se mne nemohou pustit, nemohu je odložit, pronásledují mne ve dne, v noci. Pokud necítím nic, možná potlačuji emoce z nějakého důvodu (například i z neodtruchlené ztráty v minulých letech). Je zde také možnost, že jsem již ve stadiu vyhoření.

Třetím krokem může být poskytnutí podpory a pomoci praktické - například druhého obejmout, pokud chce, a podat kapesníčky (ne příliš zbrkle). Nechat vypovědět příběh, pokud chce, a vyslechnout. Můžeme konkrétní pomoc nabízet nebo se tázat, co by student v tuto chvíli potřeboval. V případě, že emoce studenta zasáhnou hluboko nebo se mu silné pocity vracejí i po čase, můžeme nabídnout tzv. institucionalizovanou pomoc, např. kontakt na krizové centrum, psychologa, psychoterapeuta. Zpracování zážitku v brzké době může zabránit vzniku poruchy a předcházet poruchám při dalším setkání s tématem.

Práce s budováním důvěry, bezpečím

Důvěra a bezpečí ve výukové skupině se vytváří mnoha drobnými i významnějšími způsoby. Například tím, když je vyučující čitelný a předpověditený, tzn. že je autentický, a co slíbí, to splní, nevyhrožuje, nesnaží se někoho za každou cenu nachytat, citlivě, ale pevně skupinu vede. Někdy se vyplácí kruhové uspořádání, tak aby všichni na sebe viděli a byli v rovnocenné pozici. Bezpečí se buduje i tím, že v diskuzi není žádný názor označený za chybný a všechny emoce jsou přijaté. Současně bezpečí a důvěra závisí také na studentech, a na tom, zda dodržují domluvená pravidla, v diskuzích mluví o sobě a svých pocitech a názorech, nenapadají se navzájem, hrají férovou hru. Studijní skupina má svá pravidla a hranice, se kterými jsou všichni seznámeni a mohou se s nimi ztotožnit. Pravidla hodnocení jsou předem všem známá. Před každou technikou studenty důkladně seznámíme s tím, co je čeká, necháme je se tázat, pokud by něčemu nerozuměli. Techniky, kde student má být velmi osobní nebo v blízkém kontaktu s jinými lidmi, musí být dobrovolné. Student má právo účast na technice odmítnout, aniž by se to nějak odrazilo na hodnocení. Je lépe, když student odmítne účast na něčem, na co se necítí být dost silný, než ho tlakem přimět k tomu, aby dělal, co je za jeho hranicemi, a pak řešit případné psychické zhroucení.

Práce s hranicemi

Každá činnost pracovní skupiny má své hranice, uskutečňuje se na domluveném místě, trvá určitou předem stanovenou dobu. Místo a čas je vhodné dodržovat a na výjimky je třeba se předem připravit. Hranice se týkají také toho, jak hodně osobní v tématu i ve vzájemném kontaktu jsme. Patří do toho i to, jak hodně se učitel studentům otevře. Pokud se vůbec neotevře, může působit nelidsky. Pokud se otevře příliš, může studenty zatěžovat svými starostmi. Dobré je také upozornit studenty na to, že témata, která probíráme, jsou hodně citlivá. Někdy máme tendenci se otevřít maximálně a pak toho můžeme litovat. Každý by si měl sám pohlídat, jak daleko v otevírání se skupině zajde, ale vyučující na to má předem upozornit. Když vyučující vidí, že někdo ze studentů jde u sebe do velké intimity a hloubky, může na to pohotově upozornit a zeptat se, zda opravdu chce daný člověk tak osobní věci skupině sdělovat a ujistit se o tom. Může se také tázat skupiny, jaké pro ně je, když někdo nechá nahlédnout do tak osobního prostoru.

Práce se skupinovou dynamikou

Vyučující má být seznámen s teorií skupinové dynamiky a hledat si v této oblasti zdroje ve formě literatury a kurzů. Patří to k nutné výbavě učitele. V náročných tématech se skupinová dynamika může projevovat intenzivněji a může dojít snáze k novým pozitivním zážitkům. (Např. „Jsem přijat skupinou, i když pláču, hněvám se, přestože dříve jsem byl jako plačtivý a rozhněvaný odmítán.") Také ale může snadno dojít k negativním zraněním, která mohou a nebo nemusí nasedat na předchozí zážitky. (Např. „Matka nesnášela, když jsem plakala, a zde se mi to potvrdilo, skupina mne také odsoudila jako slabocha, když mne rozplakal příběh mladé maminky, která přišla o miminko.") Negativní zážitky se snažíme eliminovat na nejnižší možnou míru. Péče o kolektiv jako o sociální skupinu je současně péčí o každého jejího člena a naopak. Pokud by ke zranění došlo, je třeba téma dopracovat individuálně, na terapii apod.

JAK LZE UČIT AKTIVNÍ NASLOUCHÁNÍ A KOMUNIKACI?

Při práci se zasaženými (v našem případě většinou s truchlícími rodiči) používáme nástroj zvaný aktivní naslouchání.

Zásady výuky aktivního naslouchání

1. Nejprve zmapujeme spolu se studenty to, co by pomáhající v krizové situaci dělat a říkat spíše neměli, hledáme nevhodné výroky.

PŘÍKLADY NEVHODNÝCH INTERVENCÍ:

• Opustit zasažené.
• Nevšímat si jich, dělat jako by neexistovali.
• Obviňovat je a hodnotit, kritizovat, patologizovat.
• Rozkazovat jim a vyvíjet na ně nátlak.
• Odhánět je.
• Jednat s nimi hrubě, necitlivě.
• Zacházet s nimi mechanicky, manipulovat s nimi, mluvit s nimi blahosklonně.
• Spěchat, snažit se „to mít co nejrychleji za sebou".
• Vnucovat jim vlastní rady, představy, zkušenosti.
• Neustále mluvit, zaplňovat ticho.
• Během intervence odbíhat, telefonovat, psát zprávy.
• Dělat za pozůstalé to, co zvládnou sami, převzít jejich kompetence.

PŘÍKLADY NEVHODNÝCH VYJÁDŘENÍ:

„Mohlo to být horší."
„Vždycky si můžete pořídit další dítě....."
„Přestaňte na to myslet."
„Museli jste s tím počítat."
„Stávají se i horší věci." (Pro ně je nejhorší to, co se děje jim a nyní.)
„Hlavně, že netrpěl." „Už ho nic nebolí."
„Nebuďte smutní. Bude líp." „Šetřete síly. Bude hůř."
„Neplačte." „Nezlobte se." „Nevztekejte se." „Nekřičte na nás." „My za to nemůžeme."
„Ztěžujete nám naši práci, musíte nás poslouchat."
„Pánbůh si ho vzal k sobě."
„Budete mít další děti, jste mladí."

„Nedávno jsme byli u porodu dvojčat, kde jedno dítě zemřelo a druhé bude postižené. To bylo opravdu hrozné."

„Čas vše zahojí." „To je život. To se stává."

„Máte další děti, musíte žít pro ně." (Zajímá je teď jen toto dítě, chtějí ho živé a zpět.)

„Nemyslete na to, musíte se něčím zabavit, abyste neměli čas na to stále myslet."

„Vím, jak vám je. Dokážu si to představit." (Nedokážete, i kdybyste něco podobného zažili.)

„Jak se cítíte?" (Často nedokáží na takovou otázku odpovědět a cítí se hloupě. Pokud je potřeba, nabídneme spíše možnost, jak by se asi mohli cítit. „Asi máte vztek. Nedivil bych se vám, to by měl asi každý." „Nejspíš jste smutná. Je to tak?")

2. Probereme zásady a základy aktivního naslouchání jako jednoho z hlavních nástrojů při komunikaci se zasaženými lidmi.

Při teoretické části studentům nabízíme zásady aktivního naslouchání a komunikace se zasaženými lidmi:

Jak navazujeme kontakt?

- Nejprve se postarám o sebe. Zhodnotím pro sebe, jak jsem na tom já, pomáhající. Jak se teď cítím? Mohu odložit na čas své osobní starosti? Zhluboka dýchám. Zdvořile zasažené pozoruji po krátkou dobu, nehrnu se k nim zbrkle.
- Pozdravím a představím se. „Dobrý den, jmenuji se ..."
- Informuji, v jaké roli k nim přistupuji a co pro ně mohu udělat. „Jsem... a chtěla bych vám pomoci.", „Jsem tu pro vás.", „Jsem tu, abych vám pomohl."
- Jednoduchými otázkami se zeptám, v jakém vztahu jsou k dítěti, pokud to nevím. „Vy jste rodiče miminka?" Mohu se tázat na to, jak jim mohu pomoci. Pravděpodobně to v tuto chvíli nebudou vědět, ale dostanou tak zprávu, že si mohou o pomoc říci. „Co pro vás v tuto těžkou chvíli mohu udělat?", „Jak bych vám mohl pomoci?"
- Vyjádřím lítost nad tragickou událostí vlastními upřímnými slovy. Oficiální slovní spojení „Upřímnou soustrast", pokud miminko zemřelo, považují obvykle pozůstalí rodiče v této situaci za frázovité a neosobní klišé. „To, co se stalo, mě vážně moc mrzí." „Zasáhlo mě to." „Je mi to líto."
- Pokud vím, že mám jen krátký omezený čas nebo mohu být náhle odvolán, zmíním to a připravím je na to, že je po nějaké době budu muset předat do péče někoho jiného. „Je možné, že mě za nějaký čas odvolají k dalšímu zásahu. Budu se snažit sehnat někoho jiného, kdo by se vám mohl věnovat déle. Do té doby tu budu

s vámi“, „Kolegové se v tuto chvíli snaží sehnat psychologa, který tu s vámi bude, až budeme muset odjet pryč.“

- Pokud pracujeme s párem či rodinou, je vhodné je neoddělovat, nechat je pohromadě, zejména pro děti je důležité zůstat se svými rodiči.

Jak komunikujeme se zasaženými?

- Pomocí slov, která jsou důležitá, pozůstalí mohou být citliví na každé slovíčko.
- Beze slov - tělem, hlasem, pohledem, dotykem, tím, jak a kdy co říkáme, v jakém pořadí a kontextu. Také tím, že s nimi dokážeme i sdílet mlčení. Může to být mnohem důležitější než slova. Je vhodné sundat prvky oblečení, uniformy či výstroje, které by mohly působit hrozivě nebo neseriózně.
- Je důležité vědět, že všichni nebudou schopni nebo ochotni s vámi mluvit. Můžete je požádat, aby vás sledovali a poslouchali vás, ale nenuťte je do řeči. Můžete ale přesto popisovat, co vidíte, slyšíte, cítíte. „Vidím, že se třesete.“ „Pláčete.“ „Vypadáte nazlobeně.“ „Náhle jste zbledl. Co se děje?“ „Cítím teď hluboký smutek.“ „Vypadá to, jako byste chtěla něco říci, a nejde to.“ Může to být most ke komunikaci pomocí slov. Když se nemáme čeho chytit, tělo vždy „mluví”. (Jak moje, tak mého protějšku.)

Jak aktivně nasloucháme?

- Vytvořím maximální možné pohodlí a stabilitu pro sebe a pozůstalé.
- Zajistím nerušení prostoru.
- Sedám si pohodlně s oporou pro záda, hýždě, nekřížím nohy ani ruce, dýchám hluboce až do břicha, přičemž zajistím, aby i pozůstalí mohli sedět pohodlně s oporou těla.
- Pokud možno si nesedám přímo proti nim, ale v menším úhlu, neuzavírám je v rohu svým tělem. Naše oči jsou v podobné výši. Nezírám upřeně, dovoluji, aby já i druhý jsme mohli občas uhnout očima.
- Vytvářím možnost vazby, bezpečí, důvěry – pozůstalí mohou říci cokoliv, aniž by za to byli hodnoceni, či dokonce odmítnuti.
- Nehádám se s nimi, i kdybych s nimi nemohl souhlasit. Naslouchám s respektem. Mluvím pomalu. Neskáču do řeči. Když protějšek dokončí větu, počkám několik sekund, než začnu mluvit já. Mezi větami dělám pauzy.
- Přitakávám. Kývnu hlavou na znamení přitakání. Hlesnu: „Ano.“ „Rozumím.“ „Hm.“ Dobře.“ „Slyším vás.“ „Vnímám vás.“

- Snažím se pojmenovat emoce, ale nezesiluji je ani nezjednodušuji. „Vidím, že pláčete.“ „Vidím, že jste smutný.“ „Vidím, že se mračíte.“ „Pravděpodobně jste naštvaná.“
- Pokud pozůstalí sami hodnotí své reakce jako nenormální, ubezpečím je, že je normální se v takové situaci chovat jinak než obvykle. Normalizuji jejich chování i cítění. „Asi si myslíte, že se chovám jako blázen,“ například říkají. Možné reakce jsou například: „To, co teď prožíváte, je normální reakce na takovou těžkou situaci.“ „Je v pořádku, že se chováte jinak než obvykle, toto není normální situace.“
- Jsem trpělivý, vnímavý, citlivý.
- Ocením cokoliv, co lze, například i to, že přijímá pomoc nebo že si o ni řekl. „Jsem moc rád, že jste mi dovolil vám pomoct.“ „Oceňuji vaši ochotu tu věc řešit.“
- Mluvím klidně, tichým, mírně hlubším hlasem. Neprovádím náhlé a rychlé pohyby, nepoužívám velká gesta rukama. Nechci je vylekat ještě více, než pravděpodobně jsou.
- Mluvím konkrétně, používám jednoduché krátké věty bez odborných slov.
- Používám slova pozůstalých, jména zemřelých tak, jak je vyslovují oni. „Maminka vás podporovala v těžké době.“ „Anička byla vaše jediné dítě.“
- Ujišťuji se, zda si navzájem rozumíme dobře. „Rozuměl jste mi?“ „Jak rozumíte tomu, co vám říkám?“ „Pochopil jsem, že vás napadá myšlenka na to, že byste se nejraději zabil. Jak hodně vážně to myslíte?“
- Po určitém čase shrnuji. „Takže pokud tomu dobře rozumím, tak se stalo...“ „Nejdříve jste si říkala, že by bylo nejlepší, kdybyste už nežila, když vaše miminko zemřelo a nyní přicházíte na to, že je pro vás možné žít dál, protože vaše smrt by mu stejně život nevrátila.“
- Nepátrám po objektivní realitě, po faktech, zajímá mne prožívání. Zásadně je nevedu k tomu, aby popisovali detailně, co zažili.
- Ptám se na to, co souvisí s tématem, nevyslýchám, ale mapuji. Používám spíše otevřené otázky (ty, na které se nedá odpovědět ano nebo ne) a neptám se otázkami Proč? (vyvolávají pocity viny) „Můžete mi o tom něco říct?“ „Když jste se rozvedl, tak jste měl podporu v rodičích. O koho byste se mohl opřít teď?“ „Kdo vám pomohl někdy dříve?“
- Zajímám se o to, co by pozůstalý potřeboval nyní nejvíce, co je nejtěžší, zda potřebuje mít u sebe někoho dalšího blízkého a případně ho pomohu kontaktovat. „Co pro vás mohu udělat? Chcete někoho kontaktovat nebo aby za vámi někdo přijel?“ „Na koho se můžete obrátit?“ „Co je teď pro vás nejtěžší?“
- Mohu pomoci s formulací sdělení příbuzným. „Nevíte, jak to manželovi říci? Mohu vám s tím pomoci? Zkusíme to spolu dát dohromady, než vytočíte číslo.“

- Poskytuji jen ověřené informace, které zasažený ode mne žádá nebo nabídnu zdroj informací či kompetentní dostupnou osobu, která je může poskytnout. Nebojím se říci „Nevím." nebo „Nedokážu vám na to odpovědět." „Bohužel neznám odpověď." „Zavolám někoho, kdo vám na to odpoví." „Nejspíš se to dozvíte později, nyní zde není nikdo, kdo zná odpověď." (Pokud to tak je.) Jsem pravdivý, nevymýšlím si, nespekuluji.
- Neutíkám od tématu.
- S dětmi hovořím na jejich úrovni. Neodděluji je od rodičů, pokud je to jen trochu možné.
- Se staršími lidmi mluvím zřetelně, jasně, přiměřeně hlasitě, mohou slyšet hůře než ostatní.

3. Probereme zásady tělesného kontaktu se zasaženými lidmi

Jak lze zacházet s tělesným kontaktem?

Dotyk a tělesný kontakt může být velmi důležitou součástí komunikace. Jako pomáhající má každý z vás jinou dispozici k tomu se zasažených dotýkat. Někdo má k tělesnému kontaktu blíže, někdo dále. To je v pořádku. Stejně tak to mají i zasažení. Někteří se vám mohou vrhnout okolo krku, jiní se směrem k vám budou naklánět, opírat se o vás. To jsou poměrně jasné signály, že o tělesný kontakt stojí. Mohou přijmout, když je obejmete, vezmete kolem ramen, budete držet za ruku, za ruce, přijatelný může být také hřejivý a pevný dotek na zádech. Nabídněte jim možnost opřít se o vás. Podepírejte spíše směrem nahoru, proti gravitaci. Netlačte pozůstalé svou vahou příliš k zemi, neopírejte se vy o ně. Často se budou třást a tělesný kontakt s vámi je může uklidnit. Může jim také pomoci, když jim nabídnete přikrývku, do které se mohou zabalit.

Když se zasažení odtahují, oddalují, může to být signál, že o dotyk nestojí. V každém případě se s nimi můžete domlouvat na tom, zda dotyk ruky, okolo ramen apod. chtějí, či nikoliv.

Odmítnutí dotyku neberte osobně, zasažení lidé pro to mají zřejmě dobrý důvod a respektujte ho.

4. Nacvičujeme prakticky komunikaci a aktivní naslouchání.

Doporučujeme nejprve nacvičovat aktivní naslouchání ve dvojicích na nějakém neutrálnějším případu, např. *„Zkuste pomocí aktivního naslouchání být k dispozici kolegovi/kolegyni, který/která uvažuje o drobnějším konfliktu z posledního týdne."*

Případně i ve trojicích, kde jeden je pozorovatelem a dává dvěma aktérům posléze zpětnou vazbu. Poté může učitel ve spolupráci se studenty přehrát nějaké situace jako příklad.

Nakonec aplikují studenti techniky aktivního naslouchání v modelových situacích v menších skupinách (4-6 studentů) nebo před celou skupinou (viz kapitola Metody výuky - Modelové situace - pravidla). Všechny tyto aktivity by měly být dobrovolné, student má právo účast na modelové situaci odmítnout.

Komunikace učitele se studenty

Komunikace učitele se studenty by měla být i v tomto tématu spolehlivá a laskavá, soucitná, ale současně pevná, nikoliv tvrdá. Neverbální komunikace, pomocí gest, postoje, tónu hlasu, výrazu tváře atd., je vnímána více než verbální komunikace, tj. pomocí slov. Nedá se příliš vědomě ovládat. Proto je důležité, aby oba způsoby komunikace byly v souladu. To znamená, že nemá cenu předstírat, hrát, co není autentické. Studenti to poznají a ztrácí tak důvěru nebo mohou být naštvaní a agresivní, aniž tuší, proč a na co přesně se hněvají. Lépe je například přiznat slabost, chybu nebo nedostatek než si hrát na siláka a bezchybného. Pokud komunikace není laskavá a soucitná, studenti se nemohou otevřít tématu a komunikaci o něm, protože necítí dostatečné bezpečí. Pokud není komunikace učitele pevná a spolehlivá, mohou studenti trpět zvýšenou úzkostí, nevědí, co očekávat, o co se opřít. Komunikace má vést k pocitu bezpečí a snižovat úzkost, která se, když učíme o smrti, přirozeně vyskytuje.

Paralelní procesy

Někdy se stává, a není to tak výjimečné, že se při výuce objeví fenomén zvaný paralelní proces. O paralelním procesu by vyučující měl být důkladně obeznámen, dokázat ho identifikovat a pojmenovat. V kostce to znamená, že se při výuce děje něco podobného, co se týká tématu u jednotlivých studentů. Například student, který jako dítě byl peskován, že „nemá bulet, že to nikomu nepomůže", když mu zemřel dědeček, se může setkat s podobnou reakcí skupiny, anebo dokonce učitel může cítit podobné tendence k reakcím na něj a příslušné emoce. Nebo při probírání nějakého modelového příkladu mohou studenti nebo učitel mít tendenci reagovat například podobně jako zdravotníci ošetřující rodinu. Jedná se o práci s přenosem a protipřenosem.

Vlastní limity

Každý vyučující by měl mít téma důkladně zvládnuté, prožité a „osahané", aby věděl, kde má svá silná a slabá místa. Máme je všichni. Měl by znát své hranice, kam až bezpečně může zajít, neměl by si hrát na psychologa a terapeuta a tuto práci by měl nechat povolaným. Měl by zůstat pevně ve své roli, kde je zvyklý a dobrý a může se o své dovednosti opřít. Současně je na něj kladen nárok se vyvíjet a růst v tématu spolu se studenty.

Získávání dovedností a osobní zrání vzhledem k tématu

Pokud jsme téma učily, bylo pro nás důležité, aby studenti měli na zpracování tématu dostatek času. Aby se mohli podobně jako truchlící do tématu někdy ponořit, a když je už toho moc, aby se mohli vynořit, odpočinout si a nabrat sílu atd. Jako minimum nám připadá 10 týdnů. Pro některé studenty ale bylo moc náročné tak dlouho v tématu setrvávat, myslet na něj, zabývat se jím. Dostatek času je nezbytný k tomu, aby věci ve studentech postupně uzrávaly. Zkušenost je nepřenosná a zde se učí zejména zkušeností se sebou, s kolegy a s učitelem. Zkušenost s prožitkem je pak třeba vstřebat, něco i odmítnout (co mi není vlastní, nesedí mi, nemohl bych to vyslovit) a něco zařadit do své výbavy.

Právní stránka

Lektor by měl být orientovaný v právních otázkách, týkajících se tématu a pravidelně své informace aktualizovat. Právní stránka věci a její změny jsou v tématu zásadní, pacientky a klienti se pomáhajících často dotazují a měli by dostat pravdivé informace nebo odkaz, kde se mohou informace dozvědět. (Například: Paní telefonuje, že za chvilku jde k porodu zemřelého miminka a zajímá ji také, jak dlouhou bude mít v tomto případě mateřskou dovolenou.) S takovou situací se studenti v praxi také budou setkávat.

Jak hodnotit dosahování výukových cílů?

Výukové cíle hodnotíme podle toho, jak se skupina a jednotliví studenti v tématu orientují, jak o tématu uvažují, jak jsou otevřeni názorům a zkušenostem druhých lidí. Posuzujeme je také podle toho, zda si dokáží některé situace představit nejen ze své role, ale také se vcítit do dalších lidí. Podle toho, zda jsou schopni se na situace dívat nejen vlastníma očima, ale také očima někoho, kdo vyznává například i jiné postoje, hodnoty, má jiný styl života. Hodnotíme také podle toho, zda a kde si dokáží rychle najít aktuální informace k tématu. Podle zájmu o problematiku a její hloubku a podle ochoty učit se dále samostatně. Podle toho, zda dokáží aplikovat obecné zásady, ale pružně a kreativně se postavit k neopakovatelnosti situace a individu-

alitě lidí.

Prakticky hodnotíme dosahování výukových cílů podle míry osobní účasti na skupinových setkáních (což neznamená, že kdo hodně mluví, nejvíc ví, někdy je to spíše naopak), podle vypracování zadaných úkolů, podle účasti v diskuzích a podle závěrečného testu, který by měl být velmi praktický. Více najdete v následujících kapitolách. Pro hodnocení výukových cílů můžeme porovnávat vstupní a výstupní dotazník.

Příklad vstupního dotazníku

Vstupní dotazník

Prosím nevynechejte žádnou z položek a snažte se být upřímní, jak je to jen možné.

1. ***Kolik toho vím o psychosociální péči o rodiče po perinatální ztrátě?***
   Vyznačte na škále od 1 do 10. Vyznačte na škále od 1 do 10.
   Minimum - 1, maximum - 10
   1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

2. ***Jak hodně jsem si jistý/á při poskytování psychosociální péče truchlícím rodičům?***
   Vyznačte na škále od 1 do 10. Vyznačte na škále od 1 do 10.
   Minimum jistoty (event. zkušeností) - 1, maximum - 10
   1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

3. ***Znám pravidla, za kterých je sdělována zpráva o úmrtí miminka rodičům.***
   • Ano, znám.
   • Spíše ano.
   • Spíše ne.
   • Ne, neznám.

4. ***Vím, jak postupovat při intervenci fyzického kontaktu ženy s mrtvým novorozencem? Postup dle praxe založené na důkazech.***
   • Doporučím ženě, aby své dítě viděla a chovala v náručí.
   • Poskytnu informace o tom, jak se žena může s dítětem fyzicky rozloučit.
   • Nedoporučím ženě fyzický kontakt s mrtvým novorozencem.
   • Zeptám se ženy, zda chce své dítě vidět nebo chovat v náručí.

5. ***Orientuji se v teoriích procesu truchlení a dokáži je aplikovat v praxi.***
   • Ano.
   • Spíše ano.
   • Spíše ne.
   • Ne.

6. ***Dokáži snadno rozeznat případy, kdy se proces truchlení u ženy zkomplikoval a ona potřebuje odbornou psychologickou pomoc.***
   • Ano.
   • Spíše ano.
   • Spíše ne.
   • Ne.

7. ***Znám účinné prostředky psychohygieny a umím je využívat v praxi nebo je doporučit kolegům.***
   - *Ano.*
   - *Spíše ano.*
   - *Spíše ne.*
   - *Ne.*

8. ***Co od výuky očekávám?***

9. ***Na co by se měla výuka podle mne zejména zaměřit? Které znalosti nebo dovednosti potřebuji nejvíce rozvíjet?***

10. ***Co mi v péči o rodiče po perinatální ztrátě dělá největší problém?***

Příklad výstupního dotazníku najdete v kapitole závěrečné.

Použité zdroje a doporučená literatura

BAČOVSKÝ, B., HRUŠKOVÁ, Z., 2015. Péče o pozůstalé při náhlém úmrtí. Praha: Dlouhá cesta, 40 s.

CACCIATORE, J., 2013. Psychological effects of stillbirth. Seminars in Fetal and Neonatal Medicine 18(2): 76-82.

HÁJEK, K., 2006. Práce s emocemi pro pomáhající profese. Tělesně zakotvené prožívání. Praha: Portál, 120 s.

HERMOCHOVÁ, S., 2005. Skupinová dynamika ve školní třídě. Kladno: Aisis, 169 s.

INACSL, 2016. Standards of Best Practice : Simulation, Simulation Design. INACSL Standards Committee. Clinical Simulation in Nursing 12:5-12.

KAPLAN, B., ABRAHAM, C., GARY, R., 2012. Effects of Participation vs. Observation of a Simulation Experience on Testing Outcomes: Implications for Logistical Planning for a School of Nursing. International Journal of Nursing Education Scholarship 9(1).

KOTRBA, T., LACINA, L., 2011. Aktivizační metody ve výuce. Příručka moderního pedagoga. Brno: Barrister&Principal.

KŘIVOHLAVÝ, J., PEČENKOVÁ, J., 2004. Duševní hygiena zdravotní sestry. Praha: Grada, 78 s.

NICHOLS, M.P., 2015. Zapomenuté umění naslouchat. Brno: Návrat domů, 304 s.

ROHLÍKOVÁ, L., VEJVODOVÁ, J., 2012. Vyučovací metody na vysoké škole. Praktický průvodce výukou v prezenční i distanční formě studia. Praha: Grada.

ŠPATENKOVÁ, N., KRÁLOVÁ, J., 2009. Základní otázky komunikace. Komunikace (nejen) pro sestry. Praha: Galén, 135 s.

TUXBURY, J.S., McCULEY, P. M., LEMENT, W., 2012. Nursing and Theatre Collaborate: An End-of-Life Simulation Using Forum Theatre. Journal of Nursing Education 51(8):462-465.

ŠVAMBERK ŠAUEROVÁ, M., 2018. Techniky osobnostního rozvoje a duševní hygieny učitele. Praha: Grada, 280 s.

VÝROST, J , 2008. Sociální psychologie. Praha: Grada, 2008. 404 s.

KAPITOLA 1 SMRT, TRUCHLENÍ, ZÁRMUTEK

„Sotva je člověk počat, je dost stár na to, aby zemřel.“ (parafráze výroku Jana ze Žatce, Oráč a smrt, 1401)

OTÁZKY K ZAMYŠLENÍ

Pokyny pro učitele: Zadat otázky formou anonymní ankety a odpovědi umístit do sdíleného prostoru (např. nástěnka).

Když přemýšlíte o smrti, čeho se nejvíce bojíte? Čeho se nebojíte vůbec?

Co si myslíte o eutanazii, asistované sebevraždě nebo trestu smrti?

Co vás vede k tomu věřit, nebo nevěřit teoriím o životě před narozením a po smrti?

Kdy přesně podle vás začíná život?

Co je obecně v životě nejdůležitější? Co je obecně smyslem života?

Definice základních pojmů:

Ztráta je definována jako oddělení od někoho (něčeho) nebo přerušení vazby k někomu (něčemu), výsledkem je změna ve vztahu. Ztráta může být fyzická a psychologická.

Fyzická ztráta je ztráta něčeho hmatatelného. Psychologická ztráta je symbolická ztráta, znamená něco nehmatatelného a psychosociálního.

Zármutek je přirozenou reakcí člověka na ztrátu. Zármutek zahrnuje kromě smutku i další pocity, jako je např. hněv, bolest, pocity viny, studu, znechucení, osamění, zmatku a bezmoci. Při zármutku si uvědomujeme rozpor mezi světem, jaký je, a světem, jaký by měl být.

Truchlení je celková reakce na ztrátu, proces hojení a vyrovnávání se se ztrátou. Proces truchlení zahrnuje emocionální, mentální, fyzickou, behaviorální, sociální i duchovní reakci jedince na ztrátu.

KRIZE

Běžné fungování v životě je poměrně stabilní a vyrovnané, a jak se zpívá: „Jednou jsi dole, jednou nahoře.“ Stavy nahoře a dole však běžně nebývají příliš vysoko ani příliš nízko, takže snadno dochází k vyrovnání do stavu určité pohody, klidu, homeostázy.

Doba těhotenství je již sama o sobě celkovou zátěží nejen pro matku, ale také určitou zátěží pro další členy rodiny. Obvykle všichni předpokládají narození zdravého miminka.

Úmrtí miminka se stává spouštěčem krize, nastává bod zlomu, místo dramatické změny je to situace, která přesahuje lidské schopnosti vyrovnat se snadno s tímto zážitkem použitím běžných vyrovnávacích, tzv. copingových mechanismů (více v kapitole č. 7).

Často bývá nevyléčené trauma také na počátku rozvoje některých psychosomatických poruch.

Pro zdravotníky nastává v případě, že je jejich pacient (ať jím míníme matku nebo matku a její doprovod, rodinu) v situaci krize, nelehký úkol, a to poskytnout první psychickou pomoc, či dokonce krizovou intervenci, popřípadě ve velmi krátké době krizovou intervenci zajistit z vnějších zdrojů (psycholog, psychiatr v zařízení nebo mimo ně). Více v kapitole 10.

TRAUMA, PSYCHOTRAUMA, POSTTRAUMA

Slovo ***trauma*** znamená zranění, jak na fyzické, tak i psychické rovině. V našem případě půjde zejména o zranění psychické, které se dotýká nejen matky, ale také členů rodiny i pomáhajících, kteří mohou být zasaženi, zraněni. Zraněn může být každý, kdo se o události nějakým způsobem dozví. Tedy také pomáhající.

Mluvíme zde o traumatické krizi proto, že impuls, který přišel, je obvykle nečekaný, nepředvídatelný, přesahuje rámec zvládání, narušuje psychickou integritu čili celistvost člověka, zraňuje ho hluboce. Necitlivý přístup zdravotníků může traumatickou krizi ještě více prohloubit nebo způsobit další psychické zranění, další trauma. Pak hovoříme o retraumatizaci. Naopak citlivý odborný a lidský přístup může významně napomoci k léčení a zpracování traumatu.

Trauma je možné zpracovat a způsobem zpracování je proces truchlení.

Psychotrauma vzniká tam, kde člověk ztrácí kontrolu nad situací, nad sebou samým, když událost prožívá jako katastrofickou. To, že dochází k pocitu ztráty kontroly, je pro nás významnou informací. Pokud při naší péči rodičům poskytujeme maximum příležitostí, jak mohou další události ovlivňovat, podílet se na rozhodování o sobě i dítěti a tím situaci kontrolovat, pomáháme jim dostat se ze „dna“ krize, mobilizovat zdravé části a vnitřní zdroje, uvěřit, že nejsou pouhou „hračkou v rukách osudu“.

Posttrauma se vyvíjí z nezpracovaného traumatu.

? SKUPINOVÁ DISKUZE

nad videem: *Co nás učí smrt?* od Zenith Virago (české titulky K. Grofová).
Dostupné na: http://www.nakoncidechu.cz/zdroje/january-23rd-2017

Z CVIČENÍ

Zamyslete se, diskutujte ve dvojici, sdílejte ve skupině.

1. Zamyslete se individuálně nad otázkami:

Které filmy, knížky, obrazy, sochy nebo jiná umělecká díla s tématem smrti se vám nyní vybaví? Jakou podobu v nich zaujímá smrt a truchlení? Jak na vás působí? Proč, myslíte, mají lidé potřebu smrt kreativně znázornit?

2. Diskutujte vzájemně své názory ve dvojici.

3. Podělte se o zásadní témata, názorové shody a neshody s celou skupinou.

K tomuto cvičení lze využít video The lady and the reaper (Full Short Film).
Dostupné na internetu (např. na https://vimeo.com/35846655).

P CVIČENÍ

(individuální, vypracují studenti písemně)

Krize v životě
Zmapujte krize, kterými jste v životě postupně již prošli nebo kterými právě procházíte.
Rozlište krize vývojové a traumatické.
Jak úmrtí ve vašem okolí ovlivnila váš život a život vaší rodiny?
Jaké byly vaše prožitky v jednotlivých případech?
Ztrátu čeho (materiálně i nemateriálně) nebo koho ze svého současného života byste nejsnadněji a nejhůře snášeli?
V čem vám připadá smrt miminka odlišná od smrti někoho jiného? Co je podobné?

PERINATÁLNÍ ZTRÁTA

Úmrtí dítěte je jedna z nejhorších životních událostí, které se mohou rodičům stát. Je to nepředstavitelně velká zátěž. Ve škále zátěže dokonce nebývá ani uvedena, maximum je 100 bodů - úmrtí manžela nebo partnera, úmrtí dítěte se s tím srovnává. Ztráta dítěte je něco, co rodiče považují za nepřirozené, nespravedlivé, proti přírodě.

Smrt miminka v bříšku maminky před porodem, při porodu nebo v době brzy po něm není příliš častá, v naší zemi nastane zhruba u stovek dětí, ztráta postihne tedy několik set rodin ročně.

Zpracování tak závažné události závisí na mnoha faktorech, jedním z nich je také přístup pomáhajících k rodičům. Dalšími faktory jsou např. současná psychosociální situace rodiny, zejména vztahy v rodině, zážitky a zpracování traumat jejích členů v minulosti, fyzická a psychická vybavenost a odolnost, osobnost rodičů, celková míra zátěže v současnosti a další.

Akutní reakce

Obvykle se setkáváme s dvěma základními typy akutních reakcí, které mohou trvat několik hodin, ale také i několik dní. Také se mohou měnit jedna v druhou, střídat se.

Podle typu osobnosti rozlišujeme:

Typ A: rychlá mobilizace sil:

- pláč, křik, odmítání, svalové napětí, zrudnutí v obličeji, pocení, nesoustředěnost,
- zhroucení, kácení se,
- útok, nadávání,
- útěk,
- tendence se zabít (myšlenka nemusí být vždy jednoduše „sebevražedná“, tzn. že odchod ze života se zdá být lepším a úlevnějším řešením než v životě zůstat, může to být také iracionální způsob, jak být s dítětem tam, kde ono právě je).

Typ B: „mrtvý brouk“:

- ztuhlost,
- strnulost,
- zblednutí,
- ledové ruce, studený pot,
- necítění emocí,

- žádné projevy emocí,
- prožitek neskutečnosti,
- neschopnost navázat oční kontakt,
- snížená schopnost rozumět slovům,
- změněné vnímání času, prostoru,
- necítění těla nebo jeho některých částí.

První fáze šoku, pocitu necitlivosti a nevíry trvá od několika hodin až po dobu dvou týdnů. Obvykle skončí nejdéle v době pohřbu.

Hašto (2005) uvádí, že přestože kontakt s dítětem trval jen krátkou dobu, intenzita truchlení odpovídá truchlení po ovdovění. Popisuje fáze prvních reakcí jako omámenost, tělesné utrpení, touha, hněv, podrážděnost a deprese.

Čepický (1999) člení okolnosti, které určují průběh reakce takto:

a) ***Povaha perinatálního úmrtí*** - neočekávané úmrtí prodlužuje dobu nevíry, ztěžuje normální truchlení, porod mrtvého dítěte je provázen stresem, při použití anestézie je prohlouben pocit neskutečnosti události. Jako nejvíce traumatické hodnotí úmrtí miminka během porodu nebo krátce po něm, protože je zde v ostrém kontrastu radost z narození děťátka a jeho neočekávaná smrt.

   Při očekávaném úmrtí dítěte nastává určitý způsob truchlení již dříve, ale objevuje se ambivalence, neboť matka do poslední chvíle doufá, že dítě přežije, a současně si přeje ukončit stav nejistoty. Důkazy o poškození dítěte bývají matkou nebo oběma rodiči obvykle do poslední chvíle popírány.

b) ***Personál*** - rodiče jsou citliví na reakce a chování zdravotnického personálu. Zdravotníci jsou často zasaženi pocity viny a vlastního selhání. S tím se někdy vyrovnávají pomocí nepřátelského, zlehčujícího, tlumícího chování k matce či rodičům. Žena potřebuje informace, které by jí pomohly pochopit příčinu a tak snížit její pocity viny.

c) ***Okolnosti těhotenství a porodu*** - čím časnější stadium těhotenství, které je ukončeno ztrátou dítěte, tím kratší bývá akutní fáze. Vliv plánovanosti těhotenství není prokázán, výsledky jsou rozporuplné. Délka života dítěte po porodu nemá vliv na intenzitu smutku, ale přizpůsobení je snazší, pokud dítě nějakou dobu žilo. Převládají i tak pocity hořkosti, hněvu, protestu proti události. Při potratu či porodu mrtvého dítěte převládají pocity viny, ženy mají tendenci chápat událost jako vlastní selhání.

d) Poškození plodu - není shoda v tom, zda reakce na úmrtí dítěte s poškozením je závažnější, nebo není. Při umělém ukončení těhotenství pro poškození plodu se objevují současně pocity úlevy a proti nim pocity výčitek. Lítost nad rozhodnutím je vzácná, časté jsou pocity selhání a pocit neschopnosti porodit zdravé dítě.

e) Sociální opora - je důležitá, ale mnoho matek se cítí být opuštěno vlastní rodinou, která jim nerozumí. Ztráta miminka v době okolo porodu není pro okolí často dostatečně pádným důvodem k smutku, a tak je hloubka a intenzita zármutku zhusta podceněna.?

? DISKUZE

S jakými perinatálními ztrátami se můžeme setkávat v porodnictví a neonatologii? Perinatální ztráta se nevztahuje pouze k úmrtí. I jiné události v období kolem porodu mohou vyvolat zármutek.

Např.: rodící žena přijde o vytoužený prožitek přirozeného porodu, protože situace vyžaduje urgentní císařský řez. Žena porodí předčasně. Žena přijde po porodu o dělohu, která musí být odstraněna z důvodu masivního poporodního krvácení. Ženě, která touží po synovi, se narodí třetí dcera.

Z CVIČENÍ
(individuální)

Časová osa

Vytvořte časovou osu, na které vyznačíte všechny ztráty, které jste zažili vy a vaši předci. (Úmrtí, rozchody, ztráta práce a majetku, ztráta iluzí o sobě a o druhých, ztráta možnosti např. mít dítě, studovat, vykonávat vytoužené povolání, ztráta bydliště, ztráta zdraví...)

Jak vy osobně na ztráty obvykle reagujete? Jak se cítím? Jak se chovám? Co si o tom myslím? Jak reaguje moje tělo? Jak to oslovuje moji spiritualitu?
Jak se tyto reakce s časem měnily?

PROCES TRUCHLENÍ

Truchlení je normální a přirozená reakce na ztrátu milovaného člověka, není to nemoc, nepotřebuje tedy léčit. Je prací na sobě, ve smyslu duševním i tělesném. Odborná pomoc je potřebná, pokud se proces truchlení zkomplikuje. Odborná léčba je potřebná v případě, že truchlící má diagnózu depresivní nebo posttraumatické stresové poruchy. Více v kapitole 9.

Každý truchlíme svým specifickým způsobem. Pro koho bývá těžké se obecně odpoutávat (od věcí, činností, lidí, po rozchodu...), pro toho to bude pravděpodobně těžké i v případě ztráty blízké osoby. Kdo obvykle přeskakuje fáze odpoutávání se, pravděpodobně bude mít tendenci přeskočit i proces truchlení. Podoba tohoto procesu závisí také na tom, koho a jak jsme ztratili.

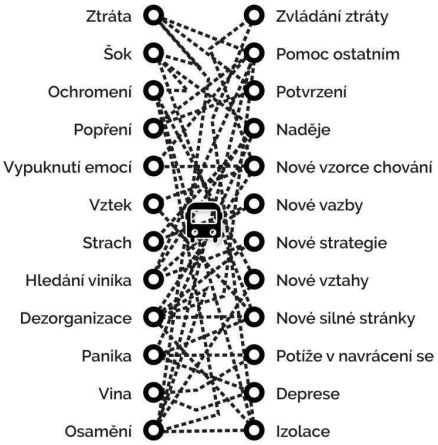
Akutní fáze truchlení v prvních týdnech a měsících vypadá běžně tak, že truchlící špatně spí, nemá moc chuť na jídlo, může se svým chováním i poškozovat, ubližovat si nebo ničit svoje věci, vztahy, stahuje se z kontaktů s lidmi, nemá zájem o společnost, zdají se mu sny o zemřelém miminku, může se vyhýbat připomínkám na něj, hledá způsob, jak by se s ním kontaktoval, může být hyperaktivní, často pláče, shromažďuje upomínky na něj...Může mít pocit, že se to nestalo, být zmatený, posedlý myšlenkou, že se úmrtí dalo nějak zabránit, může mít pocit, že děťátko je nablízku, okolo něj, po několik týdnů dokonce může mít sluchové nebo vizuální halucinace. Obtížně se soustředí, například na řízení v autě, na čtení textu apod. Obvykle cítí šok, smutek (pokud pláče, může mu to pomáhat), může se cítit jako by to nebyl on, může cítit vztek a pocity viny, může se cítit osamělý a současně může chtít být sám, může obviňovat ze smrti okolí, může cítit úzkost nebo i úlevu nebo necítí nic a nebo cítí emoce ploše. Může se cítit vyčerpaně, později depresivně, na dně, apatický, bez zájmu. Může chtít zemřelé dítě zpět a zlobit se, že to nejde. Jeho tělo se také může cítit a chovat jinak než obvykle: žaludek jak na vodě, pocit prázdnoty v těle, úzkost na hrudi a v krku, může mít pocit sucha v krku, nemůže polykat, nesnese hluk, může se cítit dušný, jako že se nemůže nadechnout nebo úplně vydechnout, dech může vnímat jako povrchní a krátký, může se cítit unavený, bez energie, jako by svaly nefungovaly. Dokonce může mít pocit, jako by jeho tělo nebylo jeho. Není žádná předepsaná forma truchlení, každý truchlíme svým vlastním osobitým a neopakovatelným způsobem.

Existuje řada teorií, které popisují proces vyrovnávání se se ztrátou blízkého člověka. Nejznámější fázickou teorií truchlení je model pěti fází smutku podle americké psycholožky Elisabeth Kübler-Rossové: popírání, hněv a agrese, smlouvání, deprese a smíření.

FÁZE TRUCHLENÍ	MYŠLENKY	VHODNÁ REAKCE
POPÍRÁNÍ	„To není možné. To se nemohlo stát. To musí být omyl.“	Získat důvěru
AGRESE	„Proč se to stalo? Proč nám? Kdo za to může?“	Reflektovat a pojmenovat emoce, dovolit abreakci, nebrat si reakci osobně.
SMLOUVÁNÍ	„Když to teď vydržím, příště se to nestane. Udělám cokoliv, aby to dopadlo dobře. Kdybych tak bývala nekouřila.“	Trpělivost.
DEPRESE	„Nic nemá smysl. Proč dál žít? Nikdy už nebudu šťastná.“	Naslouchání, hledání zdrojů opory.
SMÍŘENÍ	„Bude to v pořádku. Nemůžu proti tomu bojovat. Mohu žít dál s vědomím ztráty.“	Mlčenlivá lidská přítomnost, pokud si to zasažený výslovně přeje, držet za ruku nebo obejmout.

Tyto fáze se nemusí nezbytně projevit v uvedeném pořadí, ani nemusí být všechny prožity. Často se v praxi setkáváme s tím, že se pocity a vzorce chování v procesu truchlení různě střídají a truchlící se cítí jako na „horské dráze“, několikrát se k některým fázím vrací (viz obrázky 1 a 2).

Obr. 1 Teoretický model procesu truchlení



Obr. 2 Proces truchlení ve skutečnosti

Podle našich zkušeností je proces vyrovnávání se ztrátou dítěte dlouhodobý, celoživotní. Velká část rodičů s dítětem vědomě nechce přerušit vztah, odpoutat se, přestože fyzicky se s dítětem již nesetkávají. Mnoho rodičů se k dítěti váže do konce svého života, v myšlenkách s ním promlouvají, myslí na něj, představují si, jaké by bylo, kdyby žilo, doufají, že se s ním ještě setkají, pokud věří v nějakou formu posmrtného života či duše, vědomí. Teoreticky je tato skutečnost popsána fenoménem přetrvávajících vazeb (continuing bonds). V procesu truchlení nejde o uzdravení, ale spíše o adaptaci. Pro rodiče je často jedním z hlavních úkolů truchlení najít pro své zemřelé dítě, které akceptují jako fyzicky nepřítomné, pevné místo a integrovat je tak do svého dalšího života.

Nejintenzivnější je proces truchlení v prvním roce. Říká se, že rodina musí bez zemřelého projít všechna roční období. Většinou první 2 - 4 roky bývají procesem truchlení velmi poznamenané. Žal, zármutek se může zintenzivnit ve výrazných bodech, jako jsou dny výročí početí děťátka, plánovaného termínu porodu, výročí úmrtí miminka a výročí jeho porodu, v období Vánoc, přechodu do nového roku, při Svátku matek, narozeninách členů rodiny, jmenin zemřelého miminka, na Dušičky. Pocity se mohou oživovat také v době plánování dalšího dítěte, v době těhotenství a okolo porodu dalšího dítěte, během kojení atd.

Proces vyrovnávání se ztrátou probíhá v pomyslných sinusoidách, v jedno období se cítí rodiče lépe často s kulminací, vrcholem, v jiném období se cítí hůře, s propadem. Rodiče tento způsob časem přijímají a již vědí, že po období, kdy je hůře, nastane období zlepšení. Ovšem obvykle intenzita žalu a zármutku se postupně zmenšuje. Pokud se intenzita nebývale zvětší, obvykle to znamená, že proces se zkomplikoval a nasedl na nějaké trauma z minulosti anebo že v současnosti došlo k výrazné změně v bio-psycho-sociálně-spirituálním prostoru, zejména v oblasti psychosociální. Obvykle je v tuto chvíli vhodná odborná intervence nebo i terapie.

Je určitá skupina rodičů, která se se ztrátou nikdy nevyrovná. Velmi malá část rodičů je ohrožena rizikem sebevraždy v blízké nebo vzdálenější budoucnosti.

ZAMYSLETE SE

nad videem a porovnejte zhlédnuté se svými znalostmi o aktivním naslouchání. Dostupné na Youtube: *Síla empatie* - jak nejlépe pomoci někomu, kdo má potíže.

https://www.youtube.com/watch?v=tuBZZasavZo&t=24s

Přemýšlejte nad pojmy: empatie, soucit, lítost. Najdete ve videu „chybu" při aktivním naslouchání (Empatický medvěd říká: „Vím, jaké to tady dole je.")?

CVIČENÍ

(individuální nebo ve dvojici)

Jak se projevují zasažení v jednotlivých fázích truchlení?

Zkuste si pročíst jednu fázi truchlení po druhé a vymyslete věty, které zasažení mohou říkat v jednotlivých fázích, pokud je ohrožen život jejich miminka nebo pokud se dozvěděli, že miminko nežije. Nebo si zkuste představit, jak by se v které fázi mohli chovat, co by mohli dělat.

SEBEREFLEXE

Studium tohoto tématu: (označte na lince místo, kde se nacházíte)

se mi líbí ..... nelíbí
mě baví ..... nebaví
mě zajímá ..... nudí
mě zasahuje ..... nechává mě netečným

OBRANNÉ MECHANISMY

Obranné mechanismy jsou velmi účelné prostředky, jak se naše psychika brání tomu, aby se zhroutila nebo aby došlo ke „zbláznění“. Je vhodné proto přistupovat v době zátěže k obranným mechanismům s opatrností, odstraňují totiž úzkost a pocit ohrožení. Je jich více druhů, ale všechny mají společné to, že popírají či překrucují realitu a jedinec si je neuvědomuje. Obranný mechanismus je schopnost mysli se různými způsoby nevědomě bránit proti uvědomění nepříjemných emocí, fantazií, traumat, impulzů. Cílem ego defenzivního mechanismu je zachovat celistvost a neporušenost ega před destruktivními účinky pudových a citových hnutí, v situacích konfliktu, pocitů viny, výčitek svědomí, studu, strachu a odporu. Těchto vnitřních strategií, kterými řešíme situace, které jsou v rozporu s naším sebepojetím, je celá řada. Křivohlavý (1989, s. 362) uvádí, že je dnes popsáno asi 40 obranných mechanismů psychiky, zároveň uvádí, že nejde o plnohodnotné řešení těžké situace, ale spíše o iluzi řešení. Zásadně nikoho záměrně obran nezbavujeme, pokud mu nemůžeme nabídnout něco jiného.

Člověk reaguje na těžkou životní situaci ztráty samozřejmě také vědomě, záměrně, racionálně. To se projevuje především v jeho jednání a pokusu zátěžovou situaci řešit, překlenout a zvládnout (viz kapitola č. 7).

Z

CVIČENÍ

(individuální nebo ve dvojici)

Vysvětlete konkrétní obranný mechanismus

Vyberte jeden z druhů obranných mechanismů (viz níže) a najděte k němu definici, kterou pak ostatním studentům srozumitelně vysvětlíte. Uveďte zdroj, ze kterého jste čerpali. Přidejte také příklad projevu obranného mechanismu, jak si jej představujete v situaci perinatální ztráty (u rodičů nebo pomáhajících).

Druhy obranných mechanismů: vytěsnění, popření, racionalizace, odčinění, agrese, identifikace s agresorem, obrácení agrese proti sobě, projekce, regrese, reaktivní výtvor (formace), izolace afektu, introjekce, identifikace, obrácení v opak, sublimace, obrácení proti sobě, přesunutí pudového cíle, extrémní stažení, omnipotentní kontrola, idealizace, devalvace, štěpení ega, somatizace, odehrávání, sexualizace, disociace, moralizace, kompartmentalizace, přemístění, humor, přehrání, percepční obrana (obrana ve vnímání), kompenzace, útěk do fantazie, fixace, potlačení (represe), rezignace, superkonformita....

SEBEPÉČE

Na nerušeném místě si sedněte. Sedněte si nejprve na několik vteřin způsobem, který je vám co nejméně příjemný, kde energie je stlačena, dýchá se vám ztěžka, cítíte napětí a tlak v těle. Poté udělejte pravý opak a zkuste se na tomtéž místě posadit způsobem, kdy je tělo klidné, nic ho netísní a netlačí. Dech volně plyne nejen pod klíční kosti a do hrudníku, ale až do spodního břicha. Páteř je rovná, záda také, čelist je uvolněná, trochu povolená, nohy chodidly spočívají na podložce. Můžete se na židli zavrtět, abyste měli pocit, že sedíte koncem kostrče na sedáku. Můžete si zavřít oči a sledujte, jak pocity, myšlenky a fantazie přicházejí a stejným způsobem také odcházejí, jako by plynuly po obloze jako obláčky z jedné strany na druhou. V tomto stavu můžete zkusit pobývat zpočátku třeba jen minutu, kdy nemusíte dělat vůbec nic. Další dny můžete prodlužovat dobu například o jednu minutu denně. Můžete si dobu nastavit na časovači.

Použité zdroje a doporučená literatura:

ČEPICKÝ, P., 1999. Psychosomatické aspekty gynekologie a porodnictví. Moderní gynekologie a porodnictví 8(3): 162–250.

HARTL, P., HARTLOVÁ, H., 2010. Velký psychologický slovník. Praha: Portál, 797s.

HAŠTO, J., 2005. Vzťahová väzba. Trenčín: Vydavateľstvo F, Pro mente sana s.r.o., 300 s.

HOLLINS MARTIN C., FORREST, E., 2012. An Interactive workbook to shape bereavement care for midwives in clinical practice. Materiál zaslaný autorkou, 91 s.

KŘIVOHLAVÝ, J., 1989. Obranné mechanismy a strategie zvládání těžkostí. Československá psychologie 33(4): 361-368.

KÜBLER-ROSS, E. a kol., 2005. O smrti a umírání. Praha: Portál, 320 s.

LEVINE, P.A., FREDERICK, A., 2011. Probouzení tygra. Léčení traumatu. Praha: Maitrea, 290 s.

MROWETZ, M., CHRASTILOVÁ, G., ANTALOVÁ, I., 2011. Bonding - porodní radost. Praha: DharmaGaia, 279 s.

STROEBE, M., SCHUT, H., BOERNER, K., 2010. Continuing bonds in adaptation to bereavement: Toward theoretical integration. Clinical Psychology Review 30(2): 259-268.

ŠPATENKOVÁ, N. a kol., 2014. O posledních věcech člověka. Praha: Galén, 316 s.

TITL, S., 2014. Psychoanalytická párová terapie. Praha: Portál, 264 s.

VODÁČKOVÁ, D., 2002. Krizová intervence. Praha: Portál, 543 s.

KAPITOLA 2 SDĚLOVÁNÍ NEPŘÍZNIVÝCH ZPRÁV

„Řekla, ať si sedneme do čekárny, že zavolá doktora...slyšela jsem telefon, že prý je tu těhotná a necítí pohyby... říkala to tónem, ve kterém znělo, že mi nevěří a že jsem hysterická ženská."

OTÁZKY K ZAMYŠLENÍ

Co vše se vám vybaví, když se řekne nepříznivá zpráva?

Jak si představujete člověka, který je v psychickém šoku?

Jaká je Vaše představa o ideálním poslovi špatných zpráv (event. o okolnostech, místu sdělení)?

Definice základních pojmů:

Plod, nebo dítě? Zdravotníci většinou nepřiřazují pojmu plod nějaký devalvující význam, ale používají jej pro označení jedince v prenatálním vývojovém stadiu, stejně jako používají pojem novorozenec pro jedince po porodu. Porodní asistentky a lékaři pečují o plod během celého těhotenství ženy, poslouchají srdeční ozvy plodu, vyšetřují polohu plodu nebo jeho postup při porodu. Tento termín je součástí běžné terminologie v porodnictví a nelze jej v odborné rovině nahradit jiným pojmem. Termín plod však nevyjadřuje to, co rodiče k dítěti již před narozením cítí, nevyjadřuje blízký vztah. Proto při komunikaci s rodiči vždy používáme pojem dítě (děťátko, miminko).

Nepříznivou zprávou rozumíme v kontextu probíraného tématu např. podání informace o život limitující vrozené vývojové vadě miminka, o úmrtí dítěte v děloze nebo po porodu, o narození dítěte na hranici viability, o závažném postižení nebo o nemoci novorozence apod. Zároveň lze říci, že špatnou zprávou může být pro rodiče jakákoliv zpráva, která představuje nějaké omezení. Sdělení závažné nepříznivé zprávy je jedním z nejtěžších úkolů v medicíně, tento úkol spadá většinou do kompetencí lékaře.

SDĚLENÍ DIAGNÓZY A PRVNÍ FÁZE TRUCHLENÍ RODIČŮ

V odborné literatuře, která se zabývá sdělováním nepříznivých zpráv, se většinou na prvním místě uvádí, že lékař se má na sdělení zprávy důkladně připravit s před-

stihem, zajistit si dostatek času a vhodné intimní prostředí. V situaci, kdy těhotná žena přichází na ultrazvukové vyšetření při běžném vyšetření nebo proto, že necítí pohyby plodu, se bohužel lékař nemá čas připravovat. Ženy často již z výrazu lékaře poznají, že není vše v pořádku. Situaci popisují například takto: *„Lékař nic neříkal a jeho tvář byla stále vážnější.“* Ticho, které se objevuje při pozorování ultrazvukového obrazu, je pro ženy velmi tíživé. Pozorují neverbální projevy zdravotníků. Mají pocit, že zdravotníci se pomocí řeči těla dorozumívají a s nimi nikdo nemluví. Kombinace ticha a řeči těla v nich vzbuzuje strach.

Zdravotníci by se měli tedy připravit na tuto situaci opakovaným nácvikem. Základním pravidlem pro sdělování závažné zprávy je důstojné, upřímné jednání. Místo povznesenosti a nezaujatosti je žádoucí postupovat při sdělení zprávy citlivě, starostlivě a jistě. Dále se doporučuje použít metodu Warn-Pause-Check (WPC) a již během ultrazvukového vyšetření poskytnout první informace:

1. Připravte rodiče na špatnou zprávu pomocí varovného sdělení. (*„Bohužel vám musím sdělit špatnou zprávu.“*)
2. Počkejte. (Dejte ženě/rodičům krátký čas, dokud nedá/nedají verbálně nebo neverbálně najevo, že můžete pokračovat.) Podejte první díl informací. (*„Je mi to líto, ale musím vám sdělit, že srdíčko vašeho dítěte netluče.“ „Bohužel vám musím sdělit, že vaše miminko nežije, je mi to líto.”*) Vzhledem k tomu, že někdy je lehčí uvěřit tomu, co člověk vidí, doporučuje se také ukázat srdíčko dítěte na obrazovce ultrasonografu ženě/rodičům.
3. Ověřte, zda rodiče informacím porozuměli.

„…ten doktor, co mi na to přišel, mi dělal ten ultrazvuk, teď on nic neřekl a takhle jenom udělal na to a teď všechny ty sestry takhle koukly a on takhle udělal takovej hroznej výraz…opravdu tohle zaťukání na tu obrazovku…když jsem byla podruhý těhotná a vždycky na to koukal…já jsem mu vždycky říkala…pane doktore hlavně mluvte. Jak bylo ticho, tak jsem myslela, že se zblázním.“

Pokud lékař sděluje nepříznivou zprávu, která se týká vrozené vývojové vady nebo postižení, vážné nemoci, umírání novorozence, je skutečně důležité se na podání zprávy připravit. Lékař by se měl ujistit, že má všechny potřebné informace, zajistit soukromí a vyhradit si dostatek času na rozhovor s rodiči. Rodiče zřejmě již nějaké informace mají, proto je důležité zjistit jejich míru informovanosti (*„Co vám bylo zatím řečeno?“*) a předat konkrétní sdělení jasně, jednoduchým jazykem metodou WPC (viz výše). Informace má být sdělena po malých, zvládnutelných dávkách.

Během sdělování závažné zprávy je výhodná přítomnost dvou zdravotníků (např. lékaře a sestry) tak, aby lékař mohl zprávu sdělit a druhý zdravotník být ženě/rodičům oporou. Je vhodné vyjádřit účast a dát najevo smutek.

Po sdělení takovéto diagnózy se těhotná žena ocitá ve fázi šoku, zděšení, paniky, bezradnosti. Může se stát, že diagnózu odmítá přijmout. (*„To není možné. To je omyl.“*) V prvních chvílích je běžné, že se těhotná žena cítí emočně otupělá, všechno se jí zdá neskutečné, cítí se osamělá, vzdálená od ostatních. Rodiče mohou pociťovat úzkost i zlost, objevují se otázky: *„Proč se to stalo právě nám? Jak se to mohlo stát?“* V této chvíli by těhotná/rodiče neměli zůstávat samotní. Zdravotníci v případě nepříznivých zpráv nemohou udělat o mnoho víc než nabídnout empatii a podporu, uznat emoce, poskytnout čas na emocionální odezvu a dovolit sobě i rodičům mlčet. Na řečnické otázky není často potřebné odpovídat, je však důležité se ženou být. Řada otázek je také v tuto chvíli nezodpověditelná. Žena však potřebuje být ujištěna, že veškeré nálezy s ní budou vždy probrány. Pokud zdravotník neví, co se právě se ženou odehrává, co cítí, neměl by se bát zeptat na aktuální pocity. Může nabídnout ženě to, jak se některé ženy v takové situaci cítí. Tím, že se zeptá, zda se cítí podobně, dává najevo, že některé obtížné pocity jsou normální. Zároveň by se měl zdravotník zajímat o individuální prožívání. Hněv a hledání viníka jsou jako reakce na ztrátu přirozené. Zdravotník by si měl uvědomit, že vztek není obrácen proti němu jako osobě, ale jako obrana proti ztrátě.

Když se prvotní reakce zklidní, je důležité zjistit, kolik toho rodiče ještě potřebují vědět (o diagnóze, prognóze) a zda pochopili vše, co jim bylo řečeno. Zdravotníci by měli naslouchat rodičům, zodpovědět jejich dotazy a vytvořit plán dalšího postupu. Ukončit rozhovor lze, pokud již bylo vše řečeno nebo pokud rodiče dávají najevo, že už to stačilo nebo nevnímají. Ženu/rodiče bychom měli ujistit o možnosti dalšího setkání, na kterém jim budou zodpovězeny jejich dotazy a poskytnuty podrobnější informace.

SDĚLENÍ ŠPATNÉ ZPRÁVY TELEFONICKY

Špatné zprávy by se neměly podávat po telefonu nebo e-mailem, mohou však nastat okolnosti, které si takové předání zprávy vynutí (například náhlé úmrtí novorozence).

Telefonát by měl být uskutečněn tak brzy po úmrtí, jak je to možné. Opět je vhodné vyhradit si na takový telefonát dostatek času. Doporučený postup:

1. Představte se a ujistěte se, zda mluvíte s kontaktní osobou pacienta (identita, vztah k dítěti).
2. Mluvte jasně, pomalu.
3. Uveďte varovné sdělení: *„Je mi to líto, ale mám pro vás špatnou zprávu."*
4. Zjistěte, kde se volaná osoba nachází a zda je někdo s ní.
5. Použijte jasné, přímé sdělení, vyhněte se lékařskému žargonu: *„Je mi to líto, (použijte křestní jméno dítěte)....právě zemřel."* (Používejte slova smrt, zemřel - ne odešel, opustil nás apod. - mohlo by dojít ke špatnému pochopení slov.)
6. Dejte volané osobě čas na emoční reakci.
7. Zeptejte se a podpořte rodinu v tom, aby se přišla do nemocnice rozloučit s tělem dítěte. Pokud se tak rozhodnou, pokuste se být přítomni setkání, poskytněte informace týmu.
8. Zodpovězte otázky a rozlučte se.

Při následné osobní schůzce zopakujte základní fakta, vysvětlete příčinu úmrtí (pokud je známa), poskytněte informace o péči, která byla dítěti poskytnuta pro záchranu života a ujistěte se, že žena/rodiče sděleným informacím správně porozuměli.

Z

CVIČENÍ
(individuální)

Vyslovte nahlas...

Zkuste si před zrcadlem vyslovit nahlas slova a věty: „Smrt." „Úmrtí." „Srdíčko vašeho dítěte netluče." „Vaše dítě má velmi závažnou vadu, která obvykle vede k úmrtí." „Vaše miminko zemřelo." Sledujte své pocity, svůj výraz a způsob, jakým vyslovujete tato slova.

Z

CVIČENÍ
(ve dvojici)

Zásady sdělování nepříznivé zprávy

Shrňte a napište hlavní zásady sdělování nepříznivé zprávy rodičům v případě:

• úmrtí plodu v děloze,
• úmrtí novorozence po porodu,
• vrozené, život limitující vývojové vady u plodu.

MODELOVÁ SITUACE

Sdělení zprávy o úmrtí dítěte v děloze při ultrazvukovém vyšetření.

Cíl: Nácvik sdělení zprávy o úmrtí dítěte v děloze, nácvik komunikace s rodiči v první fázi procesu truchlení.

Popis situace: Přichází těhotná žena ve 38. týdnu gravidity do ambulantního zařízení, od večera předchozího dne necítí pohyby dítěte. Může být prováděno nejprve hledání ozev plodu kardiotokografem, poté zavolán lékař, který diagnózu stanoví ultrazvukovým vyšetřením.

Pomůcky: těhotenská legitimace se základními údaji (parita, věk apod.)

Skupiny o 3—5 účastnících:

1. student/eventuálně lektor—zasažená těhotná žena,
2. student—lékař,
3. student—pozorovatel/é,

Další možné role

4. student—partner těhotné ženy,
5. student—porodní asistentka.

Studenti - 1. nebo 2.- si mohou losovat nebo vybrat způsob reakce:

Pro roli těhotné ženy - reakce na sdělení zprávy o úmrtí miminka v děloze:

A. klidně, bez projevů silných emocí,
B. podrážděně, rozčileně,
C. emočně, plačtivě, naříká,
D. špatnou zprávu ignoruje (popírá, vytěsňuje).

Pro roli lékaře – způsob sdělení nepříznivé zprávy:

A. stroze, bez účasti, chladně,
B. citlivě, přiměřeně, empaticky,
C. zahlcuje informacemi, vlastními emocemi, lítostí,
D. podrážděně, spěchá, vnucuje vlastní řešení.

MODELOVÁ SITUACE

Sdělení o úmrtí dítěte na JIP po telefonu

Cíl: Nácvik sdělení zprávy o náhlém úmrtí dítěte na neonatologické JIP, nácvik komunikace s rodiči.

Popis situace: Na neonatologické JIP dojde k náhlému úmrtí předčasně narozeného novorozence 7. den po porodu v pozdních odpoledních hodinách, rodiče byli již informováni o kritickém stavu dítěte a přáli si získat informace v případě změny jeho zdravotního stavu telefonem v kteroukoliv hodinu.

Pomůcky: telefon

Skupiny o 3 účastnících:

1. student/eventuálně lektor—matka novorozence,
2. student—lékař,
3. student—pozorovatel/é.

Možnosti doplnění příběhu:

- matka je na cestě autem, řídí,
- matka je v šoku, mlčí,
- lékař je strohý, doporučí rodičům, aby přijeli do nemocnice až následující den.

MODELOVÁ SITUACE

Náhlá zástava krevního oběhu novorozence na neonatologické JIP, neúspěšná resuscitace

Cíl: Nácvik resuscitace novorozence a následné sdělení zprávy o úmrtí novorozence matce/rodičům.

Popis situace: Na neonatologické JIP dojde 3. den po porodu k zástavě krevního oběhu u donošeného novorozence, který byl v kritickém stavu po komplikovaném porodu.

Matka je hospitalizována na oddělení šestinedělí.

Pomůcky: simulátor pro resuscitaci novorozence

Skupiny o 4—6 účastnících:

1. student/eventuálně lektor—matka novorozence,
2. student—lékař,
3. student—sestra,
4. student—pozorovatel/é.

Další možné role

5. student—otec novorozence,
6. student—lékař.

SEBEPÉČE

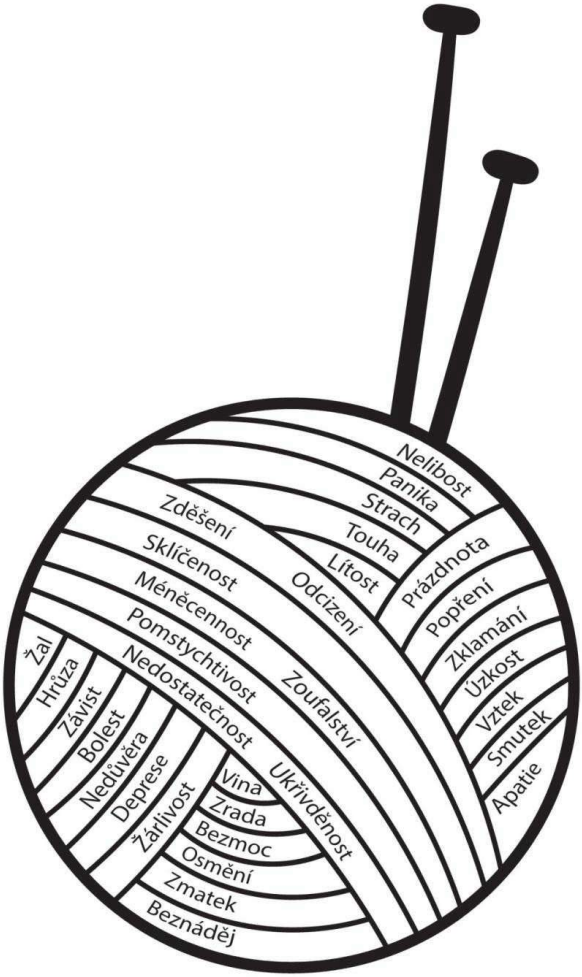
Následující instrukci si můžete nahrát a pouštět si ji. Na nerušeném místě si sedněte. Zavřete oči a sleduje tok myšlenek, nechte je téci, pusťte je dál. Zaujměte k nim lhostejný postoj. Zatněte pravou pěst až do pocitu napětí, držte a povolte. Zatněte levou pěst, držte a povolte. Ohněte pravý loket do napětí, držte a povolte. Ohněte levý loket, držte a povolte. Napněte pravou ruku do napětí, držte v napětí a povolte. Napněte levou ruku, držte a povolte. Zvedněte obě ramena až k uším do pocitu napětí, držte a povolte.

Přitiskněte bradu na hrudník do pocitu napětí, držte a povolte. Hlavu tlačte nad pravé rameno, držte a povolte. Hlavu tlačte na levé rameno, tlačte a povolte. Zakloňte hlavu co nejvíce, držte a povolte. Předsuňte spodní čelist před horní, držte a povolte. Zatněte zuby, držte a povolte. Zatněte rty, držte a povolte. Jazyk tlačte dozadu proti patru, držte a povolte. Oči tlačte za zavřenými víčky dozadu, držte a povolte. Udělejte napjatou grimasu celého obličeje, držte a povolte. Můžete si ruce položit na obličej a pomyslně z něj sundat nános rozhrnutím nebo srolováním a nános odhoďte do dálky. Ruce přiložte na oči a oči do dlaní pomalu otevírejte. Potom pomalu sundejte ruce z očí.

SEBEREFLEXE

Uvědomění si pocitů...Jak se nyní cítíte? Vybarvěte všechny pocity, které u sebe identifikujete po absolvování cvičení nebo po modelových situacích v této kapitole.

Přiřaďte různým pocitům různé barvy tak, jak to vnímáte.


Nelibost
Panika
Strach
Touha
Lítost
Zděšení
Sklíčenost
Odcizení
Prázdnota
Popření
Zklamání
Úzkost
Vztek
Smutek
Apatie
Méněcennost
Pomstychtivost
Zoufalství
Žal
Hrůza
Závist
Bolest
Nedůvěra
Deprese
Nedostatečnost
Žárlivost
Ukřivděnost
Vina
Zrada
Bezmoc
Osmění
Zmatek
Beznáděj

Použité zdroje a doporučená literatura

AMERY, J., 2017. Opravdu praktický průvodce dětskou paliativní péčí pro doktory a zdravotní sestry kdekoli na světě. Praha: Cesta domů, 240 s.

AYERS, S., de VISSER, R., 2015. Psychologie v medicíně. Praha: Grada, 568 s.

COCKBURN, J., PAWSON, M. E., 2007. Psychological Challenges in Obstetrics and Gynecology. London: Springer, 332 s.

DAHLIN, C., COYNE, P.J., FERRELL, B.R., 2016. Advanced Practice Palliative Nursing. Oxford University Press, 648 s.

DITZ, S., 2001. Betreuung von Frauen mit einer Totgeburt. Der Gynäkologe 34: 212-219.

RATISLAVOVÁ, K., 2016. Perinatální paliativní péče. Praha: Grada, 200 s.

TAKÁCS a kol., 2015. Psychologie v perinatální péči. Praha: Grada, 208 s.

KAPITOLA 3 INTERRUPCE, POTRAT, PRENATÁLNÍ PALIATIVNÍ PÉČE

„Myslela jsem si a doufala, že po interrupci bude všechno jako dřív, ale nebylo. Nastalo psychické peklo. Dodnes trvají deprese, výčitky, trápení. Nedá se to popsat slovy, dokud to člověk nezažije, tak neví. Z veselé holky se stala hromádka neštěstí. Kdybych mohla vrátit čas, už bych to nikdy neudělala! Stále si připomínám, kdy by mělo miminko narozeniny, jak by bylo velké. Nevím, jestli třeba čas vše zahojí, ale myslím, že ne, ta rána zůstane do konce života."

OTÁZKY K ZAMYŠLENÍ

Co je smyslem života toho nejmenšího dítěte?

Co všechno může pro rodiče znamenat skutečnost, že počali dítě?

Jaký postoj zaujímáte k zasahování člověka do životního běhu (umělé oplodnění, umělé ukončení těhotenství, resuscitace dítěte na hranici viability)?

Definice základních pojmů:

Zákon č. 66/1986 Sb. České národní rady o umělém přerušení těhotenství upravuje podmínky pro umělé přerušení těhotenství se zřetelem na ochranu života a zdraví ženy a v zájmu plánovaného a odpovědného rodičovství. K umělému přerušení těhotenství může dojít na základě žádosti ženy (svou žádost může vzít žena až do začátku výkonu kdykoliv zpět).

Miniinterrupce je ukončení těhotenství prováděné vakuovou aspirací nebo farmakologicky do konce 8. týdne těhotenství.

Interrupce je záměrné ukončení těhotenství prováděné většinou chirurgicky do konce 12. týdne těhotenství. Po 12. týdnu těhotenství (bez časového omezení) lze uměle těhotenství ukončit, jen je-li ohrožen život ženy nebo je prokázáno těžké poškození plodu nebo je plod neschopen života.

Interrupce z genetických důvodů je umělé ukončení těhotenství, které se provádí, pokud je u plodu zjištěna závažná dědičná choroba nebo vývojová vada (genetický důvod). Interrupci z genetických důvodů lze provádět nejpozději do dosažení 24 týdnů těhotenství.

Raný samovolný potrat (lat. abortus spontaneus) je samovolné ukončení těhotenství do 12. týdne těhotenství.

Pozdní samovolný potrat je samovolné vypuzení plodu po 12. týdnu těhotenství. Tímto termínem označujeme potrat plodu, „který po úplném vypuzení nebo vynětí z těla matčina neprojevuje ani jednu ze známek života a současně jeho porodní hmotnost je nižší než 500 g, a pokud ji nelze zjistit, jestliže je těhotenství kratší než 22 týdny.“ (zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, § 82 odst. 2)

Infertilita je stav, kdy žena otěhotní bez problémů, ale plod opakovaně potratí nebo předčasně porodí.

Habituální potrácení je neplodnost, která souvisí s opakovanými potraty.

PSYCHOLOGICKÁ PROBLEMATIKA INTERRUPCE

Důležitým mezníkem byl v československé legislativě zákon č. 68/1957 Sb., na základě kterého se interrupce stala přípustnou nejen ze zdravotních důvodů, ale také z důvodů „zvláštního zřetele hodných“ a bylo ji možné provést do ukončeného třetího měsíce těhotenství. Pouhá žádost ženy však nestačila, povolení bylo vázáno na činnost interrupčních komisí. Až v roce 1986 byly komise zrušeny a interrupce zakotveny v právním řádu. Problematika interrupce souvisí s etickými aspekty, především s konfliktem chápání principu práva na život každého jedince a principu práva zajišťujícího svobodu rozhodování jednotlivce.

Většina žen, které podstoupí interrupci v prvním trimestru těhotenství, není ohrožena vyšším rizikem duševního onemocnění, než kdyby byly těhotné a porodily. Vliv na vyrovnání se s interrupcí má dle výzkumů postoj k plodu, sociální opora a postoj společnosti k ukončení těhotenství. Faktory, které zvyšují riziko vzniku psychické poruchy po interrupci, jsou především: psychiatrické onemocnění v anamnéze, špatná sociální opora, interrupce v pozdním těhotenství, interrupce pro vrozenou vývojovou vadu u plodu, religiózní nebo kulturní pozadí s negativními postoji k interrupci, ambivalentní postoj k interrupci, nátlak okolí, silné mateřské instinkty, velmi mladá žena, násilí intimního partnera.

Jednou z nejobtížnějších fází pro ženu je fáze rozhodování. Velká většina žen však nepociťuje žádnou vědomou ambivalenci a i později hodnotí své rozhodnutí jako správné. Důležité je, aby se žena rozhodovala sama, bez nátlaku, a to především i v mladém věku. Pro mnohé ženy je rozhodnutí o interrupci první samostatné

rozhodnutí se závažnými důsledky pro sebe i jiné. Pokud žena zažívá potíže s rozhodováním, má menší podporu pro své rozhodnutí od okolí, jde na interrupci později, pak jsou i emoce po interrupci převážně negativní. Rozhodnutí je tím obtížnější, čím je těhotenství více chtěné a významné. V těchto případech se objevují nejen psychické, ale často i somatické komplikace interrupce.

Z CVIČENÍ

Zamyslete se, diskutujte ve dvojici, sdílejte ve skupině

1. Zamyslete se individuálně nad otázkami:

Za jakých okolností byste uvažovali o interrupci?

Jaký argument by vás odradil od interrupce?

Kolik času, jaké informace, místo, prostor, podmínky, osoby aj. si myslíte, že byste potřebovali, abyste se mohli zodpovědně rozhodnout pro ukončení nebo pokračování těhotenství při zjištění vrozené vývojové vady limitující život dítěte?

2. Diskutujte vzájemně své názory ve dvojici.

3. Podělte se o zásadní témata, názorové shody a neshody s celou skupinou.

? DISKUZE

Zamyslete se nad videospoty, které připravilo Hnutí pro život v projektu *Nesoudíme, pomáháme*, a diskutujte o nich. Dostupné na:

https://hnutiprozivot.cz/nesoudime-pomahame

INTERRUPCE Z GENETICKÝCH DŮVODŮ

Nedílnou součástí prenatální péče je prenatální diagnostika, která má včas identifikovat těhotenství, která s sebou přinášejí určitá nebezpečí pro matku nebo plod. Pokud screening odhalí nějaké poškození plodu, dojde k jedné z psychologicky nejsložitějších situací v porodnictví. Pro lékaře to znamená podat všechny dostupné informace, pomoci rodičům pochopit a přijmout nepříznivou zprávu. Pro rodiče to znamená velmi těžké rozhodnutí a značné psychické trauma.

Nejčastěji prenatálně zachycenými vadami jsou vrozené chromozomální aberace (především Downův syndrom), dále vrozené srdeční vady, defekty neurální trubice, hydrocefalus, vrozené vady kosterní soustavy, defekty stěny břišní a vrozené vady ledvin. Mezi vrozené vývojové vady, které jsou označovány jako život limitující, se řadí anencefalie, trizomie 13 chromozomu (Patauův syndrom), trizomie 18 chromozomu (Edwardsův syndrom) a některé další vážné vývojové vady.

Výsledky genetických vyšetření přichází v době, kdy těhotná již vnímá plod jako dítě (vnímá pohyby plodu, má konkrétní představu, vznikl emocionální vztah). Interrupce z genetických důvodů znamená pro ženu emoční ztrátu chtěného dítěte, fyzické odstranění plodu (prožití potratového děje) a navíc se na tom všem žena aktivně podílí svým rozhodnutím.

Sdělování diagnózy o vrozené vývojové vadě plodu má stejná pravidla jako sdělování každé jiné závažné diagnózy. Většinou první reakcí rodičů bývá šok a není neobvyklé, že v akutní fázi truchlení následuje jejich rychlé rozhodnutí o ukončení těhotenství. Toto náhlé rozhodnutí, které se v dané situaci zdá být logické, může být ale později nazíráno rodiči jinak. Pro některé páry má smysl vyčkat s konečným rozhodnutím několik dní až týdnů z důvodu dlouhodobého účinku na proces truchlení. Obě cesty (rychlé ukončení těhotenství i odklad porodu plodu) mají svá psychologická úskalí, ale i své výhody. Pro rozhodnutí rodičů o ukončení těhotenství jsou důležité tyto faktory: prognóza dítěte, jejich postoj k ukončení těhotenství, k životu a smrti obecně, pocity spojené s možnými problémy v rodičovství, v partnerském a rodinném životě. Poradenství a adekvátní psychologická podpora rodičů v procesu rozhodování o osudu těhotenství je zásadní pro vyhnutí se impulzivnímu a ne zcela internalizovanému rozhodnutí. Oba rodiče by měli být stejně zapojeni do poradenství, oba jsou rodiči dítěte, a tak by jejich volba měla být společná.

U rodičů, kteří se rozhodnou pro ukončení těhotenství, probíhá následně také proces truchlení. Často se objevuje pocit těžké ztráty, bývají přítomny pocity viny, studu, zármutku, vzteku, úzkosti, vlastní nedostačivosti a selhání. U některých žen se může objevit komplikovaný zármutek nebo psychiatrické onemocnění. V dlouhodobém horizontu ženy zřejmě prožívají zkušenost s touto perinatální ztrátou více jako trauma než jako ztrátu.

Ženy se obtížně vyrovnávají se situací, kdy objekt truchlení není dostatečně přítomen, chybějí rituály (pohřeb, hrob), okolí se často vyhýbá rozhovoru o bolestném tématu nebo v dobrém úmyslu zdůrazňuje pozitiva včasného zjištění vady. Důležitý je profesionální přístup v zařízení, kde se interrupce provádí. Doporučuje se

práce v týmu (gynekolog, anesteziolog, genetik, pediatr, klinický psycholog). Žena potřebuje citlivý přístup a péči zdravotníků, nabídnuta by měla být co nejdokonalejší forma analgezie a samozřejmě psychologická podpora. Pokud si to ženy nebo oba rodiče přejí, měli by mít možnost potracené dítě vidět. Zabrání se tím fantazii o vzhledu dítěte, potvrdí se anomálie a je tak umožněno se s miminkem symbolicky rozloučit. Pro jiné rodiče by však mohl být pohled na postižené dítě traumatický, a proto nesmí být ke kontaktu nuceni. Zdravotníci mohou udělat se souhlasem rodičů fotografii dítěte, kterou uloží do dokumentace a kterou mohou rodiče vidět později. Pro další proces truchlení ženy je významná především podpora partnera a širší rodiny.

„Pomohlo mi, že mi nikdo neříkal, že to chápe a jak je to hrozné. Všichni se chovali naprosto přirozeně, což myslím bylo daleko lepší, než kdyby mě nějak chlácholili a chodili kolem mě po špičkách."

PRENATÁLNÍ A PERINATÁLNÍ PALIATIVNÍ PÉČE

V praxi se mohou zdravotníci setkat se ženou/rodiči, kteří se rozhodnou donosit postižený plod i s vědomím, že bude dítě postižené nebo zemře krátce po porodu. Pokud se takto rodina rozhodne, je nutné toto respektovat a snažit se zprostředkovat potřebnou pomoc a podporu. Často se u těchto žen stává, že potratí nebo předčasně porodí spontánně, nebo že plod odumře intrauterinně. V tomto případě je žena vystavena daleko menším pocitům viny a snáší situaci lépe s vědomím, že respektovala nenarozený život i s jeho nedokonalostí v tom nejširším aspektu.

Především rodičům, kteří očekávají narození dítěte s život limitující vadou, je určen koncept prenatální a perinatální paliativní péče (od stanovení diagnózy až po úmrtí a období truchlení). Rodiče, kteří se rozhodnout pro pokračování těhotenství při život limitující vadě u dítěte, získají čas pro navazování vztahu (bonding), lásku (loving) a ztrátu (losing).

Zdravotníci by neměli podporovat „falešné naděje" rodičů, ale spíše chápat naději ve vztahu k cílům péče, v komunikaci během těhotenství být otevření rodičovským otázkám, strachu a obavám. V některých případech je prognóza jistá, zdravotníci poskytují jasná vysvětlení a rodiče vnímají oporu v jejich jednání. Obtížnější situace nastává, pokud je prognóza nejistá, nejistí jsou zdravotníci i rodiče, kteří situaci

nechápou, nemohou mluvit o svých plánech a posunout se k dalším vývojovým cílům. V těchto případech se může objevit u rodičů i „odložená“ emoční vazba k plodu/dítěti. Doporučeno je vytváření plánů péče pro různé varianty možných situací tak, aby rodiče byli připraveni na možné změny (dítě zemře před narozením, narodí se živé, ale zemře krátce po porodu nebo bude žít s postižením několik dnů, týdnů, let) a aby věděli, že každá varianta má nějaké řešení.

Žena by měla mít možnost navštěvovat poradnu pro těhotné tak, aby nečekala společně s ostatními těhotnými ženami, a měla by mít možnost získat individuální předporodní přípravu zaměřenou na své specifické potřeby.

Rodiče mění v průběhu těhotenství svá očekávání a naděje. Často vědomě oceňují čas, který mohou trávit s dítětem během těhotenství. Většinou oslovují dítě jménem, pořizují fotografie, pozorují dítě při ultrazvukovém vyšetření, sledují pohyby dítěte v děloze. Možnost vidět dítě na ultrazvuku je příležitostí k podpoře rodičovské vazby k dítěti. Většina rodičů touží, aby se jejich dítě narodilo živé. Řada rodičů popisuje své děti jako šťastné, dokonalé a péči o ně jako smysluplnou. Pečující by měli znát rodičovská přání a reagovat na ně.

P

CVIČENÍ
(skupina max. 5 studentů)

Krizové scénáře

Vytvořte plán péče při zjištění život limitující vrozené vývojové vady u plodu během těhotenství, pokud se rodiče rozhodnou v těhotenství pokračovat. Jaké krizové scénáře mohou nastat?

Plán uschovejte pro další cvičení v kapitole 10.

POTRAT

„Přestože jsme o TOM slýchali, nikdy nás nenapadlo, že by se TO mohlo stát právě nám...“

Psychologické problematice žen se spontánním potratem nebylo věnováno ve výzkumech tolik pozornosti jako psychologii ženy po porodu nebo po interrupci. Přesto údaje, které máme k dispozici, ukazují, že žena po spontánním potratu běžně pociťuje lítost, vinu, stud, pocit ztráty části sebe, pocity prázdna, zklamání, nespra-

vedlnosti, obavy z dalšího těhotenství. Při hrozícím potratu dominuje úzkost a obavy o těhotenství. Při běžícím potratu pocity bezmoci a potřeba obvinit někoho z okolí. Žena se často snaží získat informace a pochopit, proč k potratu došlo, aby získala kontrolu a mohla předejít opakování. Většinou se však příčinu nepodaří zjistit, pak může žena dojít k falešným a sebeobviňujícím odpovědím.

První reakcí na potrat bývá šok, odštěpení emocí (disociace), pak často následuje neklid, pocity viny, hněv (často i na ošetřující personál), pocity nespravedlnosti. Může se objevit závist zaměřená na ženy, které porodily. Na potrat reagují obtížněji ženy po plánovaném a chtěném těhotenství, po interrupci s reziduálními pocity viny (potrat jako trest), s jinou ztrátou v anamnéze (aktivace dřívějšího smutku) a ženy bez podpory okolí nebo s neuspokojivým partnerským vztahem. U žen s opakovanými potraty jsou popisovány různé psychické potíže (vyšší úzkostnost, sklon k somatizaci, psychosexuální nezralost, emoční labilita, pocity viny ve vztahu k sexualitě, neschopnost řešit problémy). Po úspěšném porodu se uvedené potíže mění a psychický stav žen se výrazně neliší od běžné ženské populace.

MODELOVÁ SITUACE

Komunikace se ženou, která potrácí plod ve 20. týdnu těhotenství.
Cíl: Nácvik komunikace se ženou, která potrácí plod. Podání informací o dalším postupu, zvládání vlastní nejistoty.

Popis situace: Žena ve 20. týdnu, slabě krvácí, má bolesti v podbřišku, je hospitalizována pro abortus in situ (probíhající potrat). Ptá se: *„Co bude dál?“* Podejte informace o dalším možném průběhu.

Další možné instrukce - parita, věk, sociální zázemí ženy apod.

Pomůcky: těhotenská průkazka

Skupiny o 3 účastnících:

1. student/eventuálně lektor—těhotná žena,
2. student—lékař nebo porodní asistentka,
3. student—pozorovatel/é.

SEBEREFLEXE

Vhodné k zařazení po modelových situacích.

Zastavte se na chvíli, pokud potřebujete, zavřete i oči, zaměřte pozornost na své pocity. Jaký pocit je nyní nejsilnější? Pokuste se jej pojmenovat. Zkuste si vybavit, kdy dříve jste tento nebo podobný pocit již prožívali. Co byste tehdy v minulosti potřebovali? Co byste potřebovali nyní?

Použité zdroje a doporučená literatura

BENUTE, G. R.G., NOMURA, R. M.Y., LIAO, A. W. a kol., 2012. Feelings of Women Regarding End-of-life Decision Making after Ultrasound Diagnosis of Lethal Fetal Malformation. Midwifery 28: 472–475.

CAMERON, S., 2010. Induced abortion and psychological sequelae. Best Practice and Research Clinical Obstetric and Gynecology 24: 657 - 665.

CASEY, P.R., 2010. Abortion among young women and subsequent life outcomes. Best Practice and Research Clinical Obstetric and Gynecology 24: 491 - 502.

COLEMAN, P., 2015. Diagnosis of fetal anomaly and the increased maternal psychological tool asociated with pregnancy termination. Issues in Law and Medicine 30: 3–24.

ČEPICKÝ, P., 1999. Psychosomatické aspekty gynekologie a porodnictví. Moderní gynekologie a porodnictví 8(3): 162–250.

FOGEL, B. S.; GREENBERG, D. B., 2015. Psychiatric Care of the Medical Patient. Oxford University Press Inc, 1812 s.

KERSTING, A.; WAGNER, B., 2012. Complicated Grief after Perinatal Loss. Dialogues in Clinical Neuroscience 14(2): 187–194.

MOODY, J., 2010. Termination of Pregnancy for Fetal Abnormality. In England, Scotland and Wales. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.

RATISLAVOVÁ, K., 2008. Aplikovaná psychologie – porodnictví. Praha: Area, s.r.o., 106 s.

ROHDE, A.; DORN, A., 2007. Gynäkologische Psychosomatik und Gynäkopsychiatrie: das Lehrbuch. 2. vyd., Stuttgart: Schattauer, 346 s.

KAPITOLA 4 POROD MRTVÉHO DÍTĚTE, ČASNÉ NOVOROZENECKÉ ÚMRTÍ

„Nikdy mě nenapadlo, že se to může ještě v dnešní době stát... zdravotníci byli milí a vstřícní, spíše nás nechávali o samotě... empatie a trošku soucitný přístup jsou fajn, ale v tu chvíli nepomůže vůbec nic, je to naprostý šok a pád na dno, netušíte, co dál...“

OTÁZKY K ZAMYŠLENÍ

Ztráta po úmrtí plodu v děloze by pro rodiče měla být rozpoznána, respektována a přiznána. Co k tomu přispívá, co naopak podporuje popření?

Jaké pocity se mohou objevit u rodičů v průběhu porodu mrtvého dítěte?

Je dle Vašeho názoru proces truchlení rodičů jiný, pokud dítě zemře prenatálně, po porodu nebo později v průběhu dětství?

Definice základních pojmů:

Perinatální úmrtnost, mrtvorozenost a časná novorozenecká úmrtnost patří mezi hlavní statistické údaje v porodnictví. Údaje jsou prezentovány pravidelně v brožuře Rodička a novorozenec, kterou vydává Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.

Mrtvorozenost je počet mrtvě narozených dětí na 1 000 narozených celkem.

Časná novorozenecká úmrtnost je počet dětí narozených živě, zemřelých do 7 dnů (tj. 0-6 ukončených dnů) na 1 000 živě narozených dětí.

Perinatální úmrtnost zahrnuje součet počtu mrtvě narozených dětí a dětí zemřelých do 7 dnů života na 1 000 dětí narozených celkem (živě i mrtvě narozených).

Za ***mrtvě narozené dítě*** je považován plod, který neprojevuje ani jednu známku života a jeho porodní hmotnost je vyšší než 500 g.

Termínem ***viabilita*** plodu se označuje období, kdy je plod schopen narodit se živě a po porodu přežít za daných podmínek lékařské a ošetřovatelské péče. Dolní hranice viability plodu se historicky vyvíjí a je určována dohodou odborné komunity. V České republice je v současné době za hranici viability

plodu považována hranice 24. týdne těhotenství. Období mezi 22. a 24. týdnem těhotenství je označováno jako „šedá zóna viability“. Výsledky péče u těchto dětí jsou velmi nejisté, ovlivněné kromě biologických faktorů (hmotnost, pohlaví plodu, plicní zralost, četnost těhotenství) také postojem lékařů a rodičů, místem porodu a přístupem k péči.

Perinatální ztrátou rozumíme úmrtí plodu nebo novorozence v perinatálním období doprovázené většinou u ženy/rodičů pocity smutku, bezmoci, žalem různé intenzity a myšlenkami na zemřelé dítě. Jde o přirozenou reakci, která provází ztrátu blízkých a je popisována jako proces truchlení.

POROD MRTVÉHO DÍTĚTE

„Po naprosto bezproblémovém těhotenství se nám narodil v termínu zdravý, ale bohužel již mrtvý chlapeček. Miminko jsme neviděli, byli jsme v natolik velikém šoku, že jsme nechtěli znát ani pohlaví (které mělo být překvapením) a bláhově si představovali, že naše bolest bude o to snesitelnější. Bohužel až čas ukázal, že tomu tak nebylo.“

Po sdělení diagnózy (úmrtí dítěte v děloze) je většinou těhotná žena odeslána k hospitalizaci. Dle doporučených postupů ČGPS ČLS JEP je zahajována indukce porodu mrtvého plodu tam, kde není bezprostředně ohrožen život ženy, až po stanovení základních laboratorních parametrů a pokud možno v pracovní době. Trulssonová a Radestadová ve svém výzkumu v Norsku zjistily, že čas mezi stanovením diagnózy a indukcí porodu mrtvého dítěte je pro ženy problematický a měl by být využit zdravotníky k přípravě ženy na porod a na rozloučení s dítětem. V jejich výzkumu všechny ženy vypověděly, že jim byla dána možnost volby, zda chtějí odejít po stanovení diagnózy o úmrtí miminka domů nebo ne. Devět z dvanácti žen se rozhodlo odejít domů a počkat tam do druhého dne, než přijdou k indukci porodu, a tři zůstaly raději v porodnici.

Porodu by měla předcházet konzultace lékaře, porodní asistentky a rodičky (rodičů) o tom, jaké kroky budou následovat. Za samotné plánování průběhu porodu, indukce a farmakologické tlumení bolesti je zodpovědný lékař a měl by poskytnout všechny potřebné informace rodičům. Pokud není ohroženo zdraví těhotné ženy, je preferován vaginální porod. Ženy však často ve fázi šoku vyžadují ukončení porodu císařským řezem. Důvodem je většinou to, že „chtějí mít vše co nejdříve za sebou“. Lékař by měl využít svých komunikačních schopností a trpělivě ženě (rodičům)

vysvětlit důvody, které vedou k preferenci vaginálního porodu. Porodní asistentka může pak podrobněji diskutovat se ženou (párem) jejich přání a potřeby, které se vztahují k plánu porodu, k možnostem nefarmakologického tlumení bolesti a k rozloučení s dítětem.

Rodička by měla být ujištěna, že jí bude poskytnuta opora a budou mírněny bolestivé kontrakce kdykoliv během porodu. Po začátku pravidelné děložní činnosti bývá nabídnuta regionální analgezie. Dále mohou být využity kromě nefarmakologických metod tlumení bolesti i opiáty a spasmolytika. Při porodu mrtvého plodu jsou zohledněny pouze vedlejší účinky a komplikace z perspektivy rodící ženy. Včasná peridurální analgezie snižuje vyplavování stresových hormonů a šetří rodičce energii, kterou bude potřebovat po porodu k vyrovnání se s celou situací. Některé ženy však vnímají bolest při porodu mrtvého dítěte jako smysluplnou a nechtějí ji tlumit. V těchto případech by zdravotníci neměli analgezii vnucovat nebo přeceňovat její význam. Porodní plán (písemný nebo jen diskutovaný) pro ženy při porodu mrtvého miminka by měl zahrnovat možnost přítomnosti blízké osoby u porodu, tlumení bolesti, volbu polohy při porodu, možnost rozloučení s miminkem, uchování upomínek na dítě a individuální přání rodiny. Důležité je, aby měli rodiče čas a možnost o nabídkách zdravotníků přemýšlet a samostatně se rozhodovat. Je vhodné je upozornit, že svá rozhodnutí mohou kdykoliv během pobytu v zařízení změnit.

? OTÁZKY K DISKUZI

Jaký rozdíl v prožívání rodičů (pomáhajících) představuje podle vás očekávané a náhlé úmrtí miminka?

Z CVIČENÍ

Virtuální pacient

Získávání anamnézy, vykonání fyzikálního vyšetření a diagnostické nebo terapeutické rozhodování porodní asistentky při péči o ženu při perinatální ztrátě můžete se studenty vyzkoušet v aplikaci OPENLABYRINTH (Jesseniova lekárska fakulta v Martine, UK Bratislava). Dostupné na:
http://demo.openlabyrinth.ca/renderLabyrinth/index/909.

P

CVIČENÍ

(skupina max. 5 studentů)

Porodní plán

1. Vytvořte plán porodu při neočekávaném úmrtí dítěte v děloze před porodem. Které otázky mohou být s rodiči diskutovány po přijetí na porodní sál? Jakou formou bude plán porodu diskutován, eventuálně zaznamenán?
2. Vytvořte plán perinatální péče při očekávaném úmrtí dítěte při porodu nebo krátce po něm.

Vzor porodního plánu pro perinatální paliativní péči (pro vyučující):

Jsme informováni o tom, že naše dítě zemře během porodu nebo krátce po něm. Víme, že se situace může v průběhu porodu měnit a že se mohou měnit i naše plány a rozhodnutí. Zatím si však přejeme, aby tento plán sloužil jako vodítko pro zdravotníky, kteří budou pečovat o nás a naše dítě. Oceňujeme Vaše pochopení, pomoc a soucit v této těžké době.

Našemu miminku (jméno) .....
byla diagnostikována .....
Jméno matky dítěte .....
Jméno otce dítěte .....
Event. jména sourozenců a věk .....
Kontakty (telefon, e-mail), které jsou pro nás důležité (ošetřující privátní gynekolog, soukromá porodní asistentka, pediatr, pastor apod.):
.....

Porod *(zaškrtněte svá přání)*

- Pokud je to možné, rádi bychom, aby u porodu s námi byli (jména):
  ....
- Chceme, aby srdíčko našeho dítěte bylo během porodu stále monitorováno.
- Chceme být informováni, pokud by srdíčko našeho dítěte přestalo bít již před porodem.

Preference pro léčbu bolesti a léky během porodu jsou:

- Preferuji nefarmakologické tlumení bolesti jako je polohování, masáž, teplo, hudba, aromaterapie, tlumené světlo nebo jiné: .....
- Ráda bych využila možné prostředky (farmakologické i nefarmakologické) pro tlumení bolesti
- Ráda bych využila epidurální analgezii
- Jiné .....
- Chceme pořídit fotografie nebo videozáznam během porodu.
- Chceme přestřihnout pupeční šňůru po porodu.
- Chceme bonding s dítětem bezprostředně po porodu.
- Pokud bude mít naše dítě po porodu více nebo méně problémů, než je očekáváno, diskutujte prosím s námi všechny možnosti.

Péče o naše miminko *(zaškrtněte svá přání)*

- Medikace k zajištění komfortu a proti bolesti
- Odsátí horních cest dýchacích, ale NE intubace bez našeho svolení
- Kyslík
- Kontakt kůže na kůži
- Krmení nebo jiná opatření pro pohodlí dítěte (např. mateřské mléko, cukrová voda), láska a zvláštní pozornost všech pečovatelů.
- Chceme, aby byly provedeny testy a postupy, které lékařský tým vyhodnotí jako důležité, i když by mohly našemu dítěti působit určité nepohodlí. Prosím, projednejte je ale nejprve s námi.
- Nechceme bolestivé zákroky nebo testy, které by nebyly pro naše dítě prospěšné (odběry krve, odběry z patičky apod.)
- Přejeme si rituál křtu (nebo jiný .....) po porodu dítěte.

  Přejeme si, aby rituál provedl/a ..... (jméno, kontakt)
- Přejeme si kontaktovat nemocničního kaplana, pokud je to možné.
- Přejeme si mít soukromí a nechceme během tohoto poporodního období žádné návštěvy.
- Další naše přání zahrnují:

.....

.....

.....

Poporodní péče *(zaškrtněte svá přání)*

Chápeme, že naše dítě má velmi vážný zdravotní stav a jeho život je limitován vážnou nemocí. Preferujeme:

- Všechny lékařské zákroky, které jsou k dispozici na pomoc našemu dítěti.
- Pouze lékařské zásahy, které by poskytly komfort našemu dítěti, jako např.

  .....
- Přejeme si dovolit přirozenou smrt našemu dítěti bez zbytečných nebo bolestivých zásahů.
- Rádi bychom, aby naše dítě zůstalo s námi co nejdéle v pokoji.
- Přejeme si, aby sestra odnesla dítě z porodního sálu na ošetřovnu, pokud nepožádáme, aby s námi zůstalo.
- Rádi bychom naše dítě vykoupali a oblékli.
- Rádi bychom, aby se sestra naše dítě vykoupala a oblékla.
- Máme pro dítě připravené vlastní oblečení.
- Rádi bychom využili domácí hospicové péče, pokud je to možné.

Krmení dítěte (zaškrtněte svá přání)

- Rádi bychom se pokusili dítě kojit nebo jej nakrmit z láhve nebo obojí.
- Pokud naše dítě není schopno sát nebo polykat, pak bychom chtěli mít možnost krmit jej kapátkem, lžičkou nebo nosní sondou.
- Pokud naše dítě není schopno sát nebo polykat, pak chceme, aby bylo krmeno sondou.

- Rádi bychom konzultovali možnost kojení s laktační poradkyní, včetně možností zástavy laktace nebo darování mateřského mléka.
- si promluvili s konzultantem pro kojení, aby jsme se mohli zabývat péčí o prsa, včetně toho, jak vysychat mateřské mléko nebo darovat mateřské mléko.

Péče při úmrtí dítěte *(zaškrtněte svá přání)*

Přejeme si získat na památku na naše miminko:

- fotografie
- pramínek vlásků
- otisky ručky a/nebo nožky našeho dítěte
- jiné: .....
- Přejeme si mít dostatek času na rozloučení s našim dítětem po jeho úmrtí.
- Chtěli bychom, aby se spolu s námi mohli s miminkem rozloučit tito členové rodiny:

  .....

  .....
- Chtěli bychom získat informace o dalších vyšetřeních, které mohou objasnit příčinu úmrtí našeho dítěte.
- Vybrali jsme tuto pohřební službu: (jméno, kontakt)

  .....

Další diskutovaná témata a přání:

.....

.....

.....

Porodní plán byl diskutován s

(jméno, pracovní zařazení, datum)

.....

.....

.....

Zdroje pro inspiraci pro učitele:

https://txpeds.org/sites/txpeds.org/files/documents/perinatal-hospice-birth-plan.pdf
https://docs.wixstatic.com/ugd/2e0b54_2481bce5c6e341ca94cd13149e7ea7ee.pdf

MODELOVÉ SITUACE

Rozhovor se ženou/rodiči na porodním sále před porodem mrtvého dítěte o jejich potřebách a pocitech.

Cíl: Nácvik empatického rozhovoru se ženou/rodiči při nečekaném úmrtí plodu v děloze.

Popis různých situací:

1. Žena čeká na vyvolání porodu mrtvého plodu na porodním sále - potřebuje pomoci orientovat se v situaci. Neví, jak sdělit zprávu manželovi.
2. Rodiče podrážděně reagují, když je pomáhající při intervenci nazve maminkou, tatínkem.
3. Po porodu mrtvého dítěte jsou rodiče veselí, smějí se, vtipkují...

Další možné instrukce – parita, věk, sociální zázemí ženy apod.

Pomůcky: Zopakování možných obranných mechanismů a principu, na kterém fungují. Zásady aktivního naslouchání.

Brožury: např. Prázdná kolébka (viz zdroje).

Skupiny o 5 účastnících:

1. student/eventuálně lektor—těhotná žena,
2. student—lékař,
3. student—porodní asistentka,
4. student—pozorovatel,
5. student—partner těhotné ženy.

ČASNÉ NOVOROZENECKÉ ÚMRTÍ

Nejvyšší podíl na časné novorozenecké úmrtnosti mají i v současné době předčasné porody. Výskyt předčasných porodů v České republice je dlouhodobě okolo 6 % porodů a jsou příčinou asi 85 % neonatálních úmrtí novorozenců bez vrozených vývojových vad. Značný podíl na perinatální úmrtnosti mají také vrozené vývojové vady plodu.

Při předčasném porodu je pro většinu rodičů kritickým momentem sdělení diagnózy o neodkladnosti předčasného porodu. V této fázi je velmi důležitá dobrá informovanost těhotné/rodičů o tom, proč nelze již porod zastavit, eventuálně vysvětlit důvody, proč je nutné porodit předčasně. To je samozřejmě úkolem lékaře (porodníka a neonatologa). Tyto zprávy vyvolají pocit ohrožení, který se může projevit ochromením. Pro některé rodiče jde o vyústění dlouhodobých potíží a úzkostí spojených s rizikovým těhotenstvím, pro jiné jde o zcela neočekávanou událost. Pocity bezmoci a beznaděje prohloubí obavy z toho, co je čeká, objevují se pocity ztráty autonomie. Rodiče se stávají nechtěně závislými na radách a názorech odborníků. Čeká je řada obtížných chvil, které v té době souvisí především s jejich spolurozhodováním o vedení porodu a o péči o nedonošeného novorozence.

Nejvíce kontroverzní a problematická jsou rozhodnutí, která souvisí s hranicí viability plodu u extrémně nedonošených dětí. Rodiče potřebují diskutovat s neonatálním týmem možnosti průběhu porodu a společně domluvit další postup, především se domluvit o případném zahájení resuscitace a o poskytnutí intenzivní péče extrémně nezralému novorozenci. V rozhovoru by měla být nastíněna možnost přezkoumání možností a nutnosti intenzivní péče v pravidelných intervalech. Důležitá je ohleduplnost, klidná atmosféra, při nepříznivé prognóze maximální šetrnost a takt. Rodičům je však potřeba říkat pravdu, i když diferencovaně co do obsahu a způsobu sdělení. Novorozencům pod hranicí viability je poskytována *comfort care*, která zahrnuje podmínky pro důstojné umírání. Od 25. týdne těhotenství se resuscitace a intenzivní péče zahajuje vždy. Při císařském řezu, který je veden u předčasného porodu, kdy děloha není dostatečně rozvinuta v oblasti dolního děložního segmentu, jde o poměrně rozsáhlou operaci, která může ovlivnit následující možná těhotenství. Žena ale nemusí tento argument vnímat při rozhovoru s lékařem stejně jako porodník. Informované rozhodnutí se v těchto případech nechává na rodičce/rodičích.

„Oni se snažili na přirozený porod, ale my jsme chtěli, aby měli šanci. Pan doktor byl hodnej, protože ten rovnou řekl, že jsou ve špatný poloze, že to nemůžou přežít, že není na co čekat. A ten starší pan doktor řekl, že pro mě by byl lepší ten přirozenej porod a že budeme mít možnost mít další, že je mám nechat umřít. Potom tam přišla nějaká pediatrička a ta říkala, ať alespoň podepíšeme, že je nebudou oživovat. To jsme nakonec podepsali, protože jsme je nechtěli trápit. A řekli jsme, že když si to vybojujou sami, že chceme, aby jim tu péči dali. Tak nakonec jsme si prosadili ten císařskej řez.“

Na jednotkách intenzivní péče je uskutečňován otevřený přístup a je aplikována familycentred care, kdy je vytvářen vztah mezi rodiči a dítětem, ale také vztah mezi personálem a rodinou. Rodiče jsou zapojeni do péče a podílejí se na rozhodnutích týkajících se jejich dítěte. Tato péče představuje holistický model, který povyšuje rodiče z pasivních příjemců na aktivní účastníky procesu.

Nezbytné je poskytování informací rodičům, opakování, ujišťování, vlastní příklad, předávání písemných informací (letáků apod.). Pocity viny u rodičů lze mírnit tím, že jim bude poskytnut čas na rozhodnutí, budou s nimi probírány jejich obavy. Rodiče by měli dostat podporu a ujištění, že odmítání trápení a špatné kvality života není totéž jako odmítnutí dítěte.

„Dohodli jsme se, že ji necháme odpojit, protože opravdu ten mozek byl hodně poškozenej, a srdíčko ji selhávalo, už neměla vůbec sílu. Byla jsem tam celej den předtím v půlnoci a pak celej ten den. Na tý jipce oni byli úplně skvělí, tam v tu chvíli

nepustili žádnou návštěvu, zatahli žaluzie a jenom s náma tam byl ten doktor z jipky. Nemohli jsme jí vyndat ani z inkubátoru, tak byla maličká, ale mohli jsme ten inkubátor otevřít a vlastně jí doprovodit. Já jsem říkala, že u toho nebudu chtít bejt, ale pak jsem neměla odvahu ji nechat samotnou. "

Paliativní péče o extrémně nedonošeného nebo nevyléčitelně nemocného novorozence je holistická a rozšířená nejen na novorozence, ale také na jeho rodinu. Rodiče jsou vedeni k rozhovorům s lékařem o tom, zda pokračovat v intenzivní péči, když například ultrazvukové vyšetření mozku dítěte ukazuje na rozsáhlá poškození nebo když se léčba zdá být marná. Cílem rozhovorů je v pravý okamžik připravit rodiče na úmrtí dítěte.

MODELOVÉ SITUACE

Rozhovor se ženou/rodiči na neonatologické jednotce intenzivní péče.
Cíl: Nácvik empatického rozhovoru se ženou/rodiči při očekávaném/neočekávaném úmrtí novorozence.

Popis různých situací:

1. Stav dítěte se po porodu stále zhoršuje. Proces umírání trvá již řadu dní. Rodiče ztrácí sílu a naději. Ptají se, kdy už to skončí...
2. Došlo k úmrtí extrémně nedonošeného novorozence. Otec slovně agresivně obviňuje personál z úmrtí miminka.
3. Pečujete o ženu, jejíž jedno z dvojčat zemřelo, druhé bude zřejmě těžce postižené. Žena prožívá krizi v procesu truchlení.
4. Náhlé úmrtí novorozence na pokoji matky na oddělení šestinedělí. Cítí silné pocity viny. Po příjezdu otce, který je v šoku, chce odejít ihned domů.

Další možné instrukce – informace o diagnóze dítěte

Pomůcky: Zopakování možných obranných mechanismů a principu, na kterém fungují. Zásady aktivního naslouchání.

Skupiny o 5 účastnících:

1. student/eventuálně lektor—matka dítěte,
2. student/eventuálně lektor—otec dítěte,
3. student—lékař,
4. student—neonatologická sestra,
5. student—pozorovatel/é.

Z CVIČENÍ
(individuální)

Najděte publikace pro pomáhající

Najděte na internetu publikace určené zdravotníkům a ostatním pomáhajícím profesionálům, které se zabývají perinatální paliativní péčí a které by vám mohly pomoci prohloubit znalosti a vědomosti. Seznamte s obsahem publikace ostatní studenty.

SEBEREFLEXE

Uvědomění si pocitů... Jak se nyní cítíte? Pojmenujte všechny pocity, které u sebe identifikujete během práce na této kapitole. Zapište do obrázku:

Při bezradnosti studentů může vyučující nabídnout různé odstíny emocí *(pomůcka pro vyučující)*:

STRACH - polekání, vyděšení, hrůza, ohrožení, znepokojení, váhavost, šílenost, nedůvěřivost, zranitelnost, bezbrannost, opatrnost, starostlivost, nedůvěra...

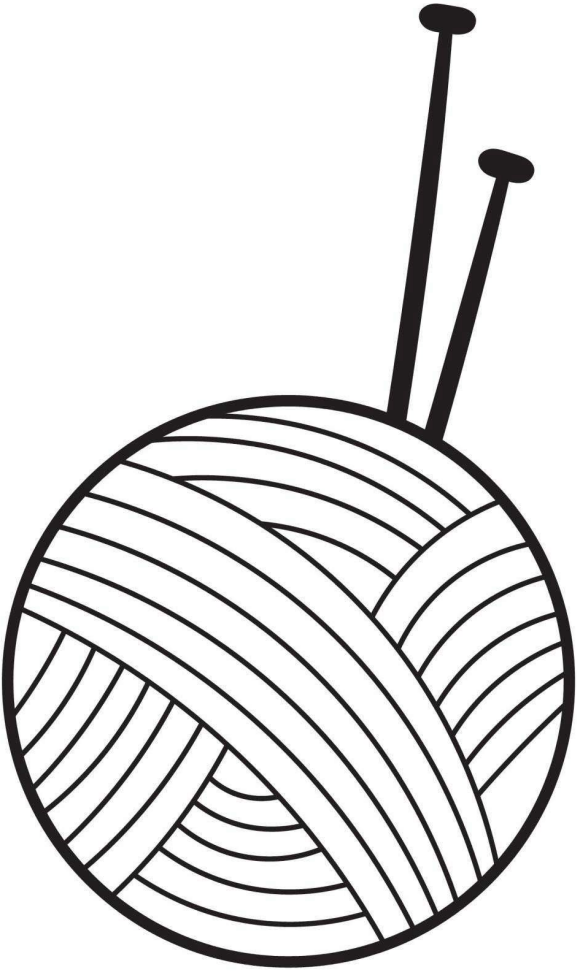
VINA/STUD - zahanbenost, rozpaky, ostych, obnaženost, křivda, lítost, provinilost, ubohost, nemožnost, kajícnost, zneuctěnost...

HNĚV - rozzuřenost, vztek, divokost, nenávist, zášť, zhnusenost, pobouřenost, otrávenost, mrzutost, pohoršenost, vzdor, vzpoura, zuřivost...

SMUTEK - poraženost, zoufalost, zármutek, stesk, splín, deprimovanost, vyčerpanost, zbídačenost, skleslost...

OSAMĚNÍ - samota, osamělost, opuštěnost, izolovanost, vyděděnost, odloučenost, odpojenost, jinakost, přehlíženost, stažení do sebe, nepovšimnutost...

BOLEST - zrazenost, poníženost, poraněnost, nedoceněnost, muka, nemilovanost, nepochopení, zneužití, pronásledování, trýzeň...



Použité zdroje a doporučená literatura

COCKBURN, J., 2007. Psychological Aspects of Stillbirth. In COCBURN, J., PAWSON, M., 2007. Psychological challenges in obstetrics and gynecology: the clinical management. London: Springer, s. 171-191.

DLOUHÁ CESTA. Brožura Prázdná kolébka. Dostupné na: http://www.prazdnakolebka.cz/letaky-brozury-ke-stazeni

KANTOR, L., 2007. Etika a neonatologie. In FENDRYCHOVÁ, J., BOREK, I. a kol., 2007. Intenzivní péče o novorozence. Brno: NCO NZO, s. 187 - 191.

PROCHÁZKA M., MĚCHUROVÁ A., ČEPICKÝ P., CALDA P., 2014. Vedení porodu mrtvého plodu - doporučený postup. ČGPS ČLS JEP. Dostupné na: http://www.perinatologie.cz/dokumenty/doc/doporucene-postupy/p-2014-vedeniporod-mrtveho-plodu.pdf

RATISLAVOVÁ, K., 2016. Perinatální paliativní péče. Praha: Grada. 200 s.

ROZTOČIL, A. a kol., 2017. Moderní porodnictví. Praha: Grada. 656 s.

TRULSSON, O., RADESTAD, I., 2004. The Silent Child—Mothers' Experiences Before, During, and after Stillbirth. Birth 31(3): 189 – 195.

ÚZIS. Rodička a novorozenec. Dostupné na: https://www.uzis.cz/katalog/zdravotnickastatistika/rodicka-novorozenec

ZLATOHLÁVKOVÁ, B., 2011. Viabilita plodu a novorozence. Aktuální Gynekologie a Porodnictví 3, 47-51.

KAPITOLA 5 RITUÁLY PŘI ÚMRTÍ MIMINKA

„Malého po porodu odnesla sestřička se znechuceným obličejem, tak jsem měla strach se zeptat, jestli ho smím vidět, ale kdyby mi někdo řekl, že vypadá, jako by jen spinkal, tak bych ho ráda viděla i držela v náručí, dodnes toho lituju.“

OTÁZKY K ZAMYŠLENÍ

Co byste potřebovali vědět o možnosti kontaktu s mrtvě narozeným dítětem, abyste se mohli rozhodnout jako rodiče o tom, zda jej chcete, či nechcete vidět?

Jak si představíte důstojné prostředí pro rozloučení s miminkem?

Jaký je váš názor na přítomnost sourozenců u rozloučení se zemřelým miminkem v nemocnici?

Definice základních pojmů:

Rituály, které jsou vázány k úmrtí blízké osoby, jsou od pradávna součástí většiny kultur a jsou nazývány rituály přechodovými. Hranice mezi životem a smrtí je vnímána lidmi jako významná a nebezpečná, proto je nutné ji ochránit a ošetřit. Slovo rituál pochází z latinského *ritus* – obřad, řád nebo obyčej. Přechodové rituály mají funkci ochrannou, podpůrnou a mají dodávat pocit kontroly nad situací. Rituál je model individuálního nebo kolektivního způsobu chování, který je založen na vnucených nebo tradičních pravidlech a který umožňuje jedincům zvládat standardní společenské situace a naplňovat sociální role. Rituály používané v dané společnosti nejsou neměnné, vyvíjejí se a mění. Rituální chování v době ztráty blízkého člověka vychází z hluboké lidské potřeby a touhy po smyslu, po sociální podpoře, jistotě a po setkání s nadpřirozenem.

Období pomezí (liminality) je pro truchlící obdobím smutku, nacházejí se ve stavu, kdy nepatří do světa předchozího ani do světa, kam po ukončení rituálu budou zařazeni. Toto období je charakteristické žalem, smutkem, někdy i sebetrýzněním (umožňujícím pozůstalým očistit se od pocitů viny vůči zemřelému), život pozůstalých je utlumen až ochromen, jsou distancováni od společnosti (neměli by se účastnit běžných aktivit, dodržují specifické zákazy, nosí zvláštní oděv atd.) a vytváří se tak prostor pro vyrovnání se se ztrátou.

Obřad pohřbu je posledním rozloučením se zemřelým, je spojen s uložením ostatků zemřelého a symbolicky přechází zemřelý z tělesného stavu do stavu duchovního. Pohřební obřady slouží k překonání smutku, individuální pocit smutku se pomocí obřadu přenáší do smutku kolektivního.

Formální obřady, jako je křest, pojmenování a pohřeb miminka, mohou dát truchlícím rodičům pocit, že se o své dítě dokázali za daných okolností postarat nějakým konstruktivním způsobem. Pokud se rodiče rozhodnou, že se chtějí aktivně zúčastnit přípravy rituálů (v některých případech i svých vlastních, specifických), může jim to dát pocit, že se věci částečně vracejí pod jejich kontrolu. Aktivní účast rodičů může posílit jejich sebehodnocení. Rituály mohou umožnit rodičům, aby jejich vztah s dítětem byl založen na určité důstojnosti a hrdosti.

Pohřebné (příspěvek na pohřeb) je sociální příspěvek, který má pomoci uhradit náklady spojené s pohřbem nezaopatřeného dítěte nebo rodiče nezaopatřeného dítěte. Jedná se o sociální dávku nezávislou na výši příjmu žadatele. Tento příspěvek je určen tomu, kdo vypraví pohřeb nezaopatřenému dítěti nebo rodiči nezaopatřeného dítěte. Nárok na pohřebné mají jak rodiče mrtvorozeného dítěte, tak rodiče zemřelého novorozence.

RITUÁLY PŘI ÚMRTÍ MIMINKA

Bezprostředně po porodu mrtvého plodu nebo po úmrtí novorozence jsou rodiče opět konfrontováni s řadou rozhodnutí. I když byly předem probrány možné intervence, které mohou po porodu nebo úmrtí dítěte proběhnout, mohou rodiče kdykoli během procesu péče svůj názor změnit. Je tedy nutné opět je nabídnout.

Poznání dítěte a rozloučení s ním může mít charakter rituálu. V případě perinatální ztráty musí vždy vycházet z potřeb a přání rodičů. Porodní asistentka by se měla při své péči zajímat o tyto potřeby a přání, nabízet možnosti, zajišťovat podmínky, poskytovat oporu a účastnit se rituálu, který matka nebo rodiče volí. V zahraničních publikacích se běžně používá pojem rituál pro označení intervencí, postupů či zvyklostí, které se objevují v péči o truchlící rodiče v situaci perinatální ztráty. Rituály využívané při podpoře rodičů při perinatální ztrátě by měly plnit funkci ochrannou, podpůrnou, dodávat pocit kontroly nad situací, reálnosti dítěte a jeho ztráty a tím napomáhat započetí procesu truchlení.

Rodiče by měli získat ještě před porodem informace o možnostech rozloučení s mrtvorozeným dítětem. Mohou své miminko vidět, držet jej v náručí a trávit s ním určitý čas. Zdravotníci by se neměli před porodem nebo po něm ptát: *„Chcete své dítě vidět…?“* Tato otázka vede často rodiče k negativní odpovědi, které mohou později litovat. Porodní asistentka by měla ústně i písemně rodiče informovat o tom, že mohou své miminko vidět, držet jej v náručí a trávit s ním určitý čas. Může také diskutovat o pocitech rodičů a ještě před porodem jim dát čas na rozmyšlenou. Většina rodičů je ráda, že své dítě mohla vidět, poznat a chovat je v náručí. Důkazy pro vliv fyzického kontaktu rodičů s mrtvorozeným dítětem na psychické zdraví rodičů jsou rozporuplné. Kvalita výzkumů v této oblasti je malá. I přes nedostatek empirických důkazů a výzkumů studie publikované na toto téma obecně souhlasí s tím, že vidět a chovat v náručí mrtvé miminko je důležité pro většinu žen. Zásadní je správný způsob komunikace s rodiči o možnosti být v kontaktu s mrtvým miminkem, dostatek času a prostoru pro rozloučení, respekt k individuálním potřebám rodičů.

Mezi upomínky na dítě, které mohou zdravotníci rodičům pomoci uchovat, patří ultrazvukové snímky dítěte z doby těhotenství, fotografie dítěte po porodu, a to samotného nebo s rodiči, otisk ručky/nožky dítěte, pramínek vlásků, oblečení, které mělo dítě v době po porodu na sobě, upomínková karta (se jménem dítěte, hodinou narození, event. úmrtí dítěte, mírou, váhou dítěte a s podpisy zdravotníků, kteří byli přítomni porodu), identifikační náramek dítěte. Velice důležité je, aby upomínky byly pečlivě vytvořené, aby rodiče měli na památku něco, co mohou navždy schraňovat.

„Neudělali nic takového, co bych považovala za vyloženě negativní či pozitivní. Měla jsem z toho pocit, že celou záležitost (porod mrtvého dítěte) chtěli co nejdříve mít za sebou a zapomenout na to, tak i asi vyznívala doporučení nám, jak se s tím vyrovnat. Dnes vím, že toto nefunguje. Zapomenout se nedá…“

Otázka kvality fyzického kontaktu ženy/ rodičů s mrtvorozeným dítětem zahrnuje vytvoření dostatečného času a prostoru pro kontakt a vytvoření podmínek pro důstojné a klidné rozloučení.

Velmi často a negativně ženy vnímají tlak ze strany zdravotníků na ukončení kontaktu s miminkem.

„No, celou dobu ale tam ta sestřička stála vedle mě a vedle toho lůžka a přešlapovala tam nervózně, prostě už jako, takový to nevyřčený: Tak už mi jí dejte! jako jo? Jako nevim, kam chvátala, vlastně nebylo kam chvátat, že jo… Tak mě teda doprčic tam mohli klidně ty dvě hodiny s tou malou nechat, né?“

Většina žen, které mají možnost své miminko vidět neomezeně dlouhou dobu a mají oporu sociálního okolí i zdravotníků, vycítí, kdy kontakt s miminkem ukončit a rozloučit se. V zahraničí mají možnost být s miminkem na pokoji i 24 hodin. K tomu je přizpůsobena i péče o tělo dítěte, které je omyto, oblečeno do vybraného oblečení (které si přinesli rodiče nebo bylo věnováno dobrovolníky a uloženo do kolébky s chladicím zařízením).

Pokud dochází k umírání dítěte na neonatologické jednotce intenzivní péče, mohou někteří rodiče v této situaci žádat křest dítěte, který pokud není možné z časových důvodů provést za přítomnosti rodičů a kněze, může být proveden nouzově zdravotníkem nebo jinou osobou za podmínek, že ten, kdo křtí, má mít úmysl „konat to, co církev". Ke křtu použije vodu - v tomto případě nemusí být posvěcená, ale vždy přírodní. V okamžiku polévání vodou křtitel pronese předepsanou formuli: *„(Jméno ve vokativu), já tě křtím ve jménu Otce, i Syna i Ducha Svatého."* Křest může být udělen správně jen živým osobám. Proto může být dítě pokřtěno v některých případech i před porodem (pokud se očekává, že dítě porod nepřežije) - porodní asistentka/lékař se vodou dotkne naléhající části plodu.

Rodiče by měli být podpořeni, pokud se rozhodnou být přítomni odpojení dítěte od přístrojů. Mohou se dítěte dotýkat a rozloučit se s ním. Tyto vzpomínky jsou většinou psychologicky přínosné do budoucnosti, protože smrt bývá v těchto případech většinou tichá a poklidná záležitost. Zdravotníci se vždy snaží, aby novorozenec při umírání netrpěl, neměl bolesti, byl v teple a klidu.

V „západních" zemích je běžné, že rodiče dítě omývají, oblékají a mohou se s ním rozloučit po dobu, která není omezená, v klidném prostředí. Oblečení dítěte je pak součástí upomínkového materiálu, spolu s fotografiemi, kartou o narození a úmrtí dítěte, identifikačním náramkem dítěte. S novorozencem se může rozloučit i širší rodina. Předání osobních věcí novorozence i kondolenci (vyjádření lítosti nad ztrátou, kartičky s otiskem ručky nebo nožky, fotografií apod.) by měla na oddělení provádět staniční sestra nebo její zástupkyně (ev. jiná osoba, ale s důrazem na důstojnost a významnost té události).

Přítomnost dalších členů rodiny, přátel nebo duchovního na přání rodičů je důležitá pro vytvoření podpůrného prostředí. Stejně důležitý je postoj zdravotníků vyjádřený verbálně i neverbálně v komunikaci s rodiči. Být přítomni s rodiči, i když mlčky, je stejně důležité jako citlivě je vést a mít znalosti o péči o umírajícího novorozence, o rituálech rozloučení. Rodiče ocení, že nezůstali opuštěni, bez pomoci a bez podpory. Není nutné říci více než *„Je mi to líto".* Přítomnost zdravotníků by měla být

vyvážena poskytnutím soukromí rodině. V prostředí by měly být eliminovány rušivé vlivy hlasitých zvuků, jasných světel apod.

Rodiče při úmrtí miminka provádí rozhodnutí, které se týká pohřbu dítěte. Podle novely Zákona o pohřebnictví (č. 193/2017 Sb.) mají rodiče možnost se do 96 hodin od porodu mrtvého dítěte, úmrtí novorozence nebo potracení plodu rozhodnout o vypravení pohřbu. Pro většinu žen je důležité důstojné zacházení s tělem miminka. Pohřeb hraje důležitou roli v procesu adaptace na ztrátu blízkého člověka. V poradenství zdravotnických pracovníků by měly zaznít výhody, které přináší uspořádání pohřbení ostatků dítěte podle vlastních představ rodičů.

„To bylo vlastně dobrý, že nám... pohřeb nabídli. To bylo hned po tom porodu...ptali se nás na to. Mně to nejdřív přišlo, že to je blbost... Tak jsem říkala, že to je nesmysl. A pak mě úplně jako napadlo, že jí vyhoděj... do popelnice s biologickým odpadem... takže jsme měli teda pohřeb... jenom teda bez obřadu. Byla jsem tam jenom já, můj muž a dcera a nikdo další.“

DISKUZE

Zamyslete se nad videem o rituálu rozloučení s umírajícím novorozencem a diskutujte o něm. Video dostupné na Youtube: *Perinatální ztráta – provázení*, 2013 (https://www.youtube.com/watch?v=zQpLANlX_nI&t=1s).

MODELOVÉ SITUACE

Management situací, které mohou nastat v procesu rozhodování rodičů o rozloučení s mrtvým miminkem.

Cíl: Nácvik komunikace s rodiči při rozhodování o rozloučení s mrtvým novorozencem.

Popis různých situací:

1. Žena je nerozhodná před porodem mrtvého miminka a neví, zda jej má po porodu vidět, chovat jej... a ptá se: „K čemu mi to bude dobré? Nebudu jej mít stále před očima?“
2. Rodiče nechtějí své dítě vidět, rozloučit se, odmítají to. „Hlavně nechceme žádný příběh!“ Jsou odtažití, nezvyklí na neúspěch.
3. Matka nechce pustit dítě z náruče, když ho chtějí odnést pryč. Drží jej pevně.
4. Rodiče se rozcházejí v názorech na rozloučení s miminkem. Ona se rozloučit chce. On chce, aby dítě odnesli hned pryč.

5. Předejte rodičům upomínky na dítě, které zemřelo v jejich nepřítomnosti na jednotce intenzivní péče.
6. Rodiče po zdravotníkovi žádají „nouzový" křest jejich umírajícího dítěte.

Další možné instrukce – parita, předchozí zkušenost, věk, sociální zázemí apod.

Pomůcky: Zopakování možných obranných mechanismů a principu, na kterém fungují. Zásady aktivního naslouchání.

Skupiny o 5 účastnících:

1. student/eventuálně lektor—matka dítěte,
2. student—otec dítěte
3. student—lékař,
4. student—porodní asistentka,
5. student—pozorovatel.

SEBEREFLEXE

Jak se cítím, když se vcítím do...
Zaznamenejte pocity, které jste zažili při modelové situaci a jejich intenzitu.

Strach	0 ----------	10
Vztek	0 ----------	10
Smutek	0 ----------	10
Bezmoc	0 ----------	10
.....	0 ----------	10
.....	0 ----------	10

CVIČENÍ

Zamyslete se, diskutujte ve dvojici, sdílejte ve skupině

1. Zamyslete se individuálně nad otázkami:
Kolik času, jaké informace, místo, prostor, podmínky, osoby... si myslíte, že byste potřebovali, abyste se mohli rozhodnout o tom, jak se chcete s miminkem rozloučit, jaké upomínky pořídit?
Co by pro vás bylo v době loučení se zemřelým miminkem důležité?

2. Diskutujte vzájemně své názory ve dvojici.

3. Podělte se o zásadní témata, názorové shody a neshody s celou skupinou.

CVIČENÍ

Buďte kreativní…

1. Vymyslete text a vlastní originální podobu vzpomínkového listu na miminko.
2. Navrhněte vlastní obrázek pro samolepku, která může být použita k označení dokumentace ženy, jejíž dítě zemřelo. Samolepka upozorní zdravotníky na situaci, kterou žena prožila (označení aktuální dokumentace během hospitalizace nebo těhotenské průkazky v dalším těhotenství).

   Reálně pak žena musí vyjádřit souhlas s použitím samolepky.
3. Navrhněte podobu vzpomínkového balíčku pro rodiče a jeho obsah.

SEBEREFLEXE

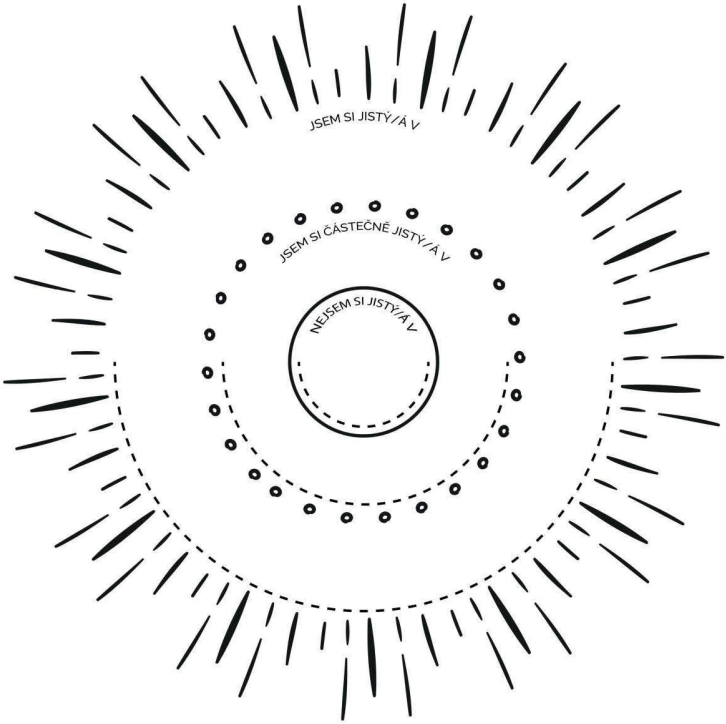
Pro studenty, kteří nemají zkušenost s péčí o rodiče při porodu mrtvého dítěte:

Představte si, že jste přítomni rozloučení rodičů s miminkem po porodu. Jak se cítíte?

V čem jste si jistí?

V čem se potřebujete zdokonalit?

Na co ještě nejste rozhodně připravení?


JSEM SI JISTÝ/Á V
JSEM SI ČÁSTEČNĚ JISTÝ/Á V
NEJSEM SI JISTÝ/Á V

Použité zdroje a doporučená literatura

BAŠTECKÁ, B. a kol., 2011. Obřady a rituály. Dostupné na: http://www.dlouhacesta.cz/obrady-ritualy-phdr-bohumila-bastecka-a-kol-22650/

CESTA DOMŮ, 2018. Naše miminko zemřelo. Praha: Cesta domů, 46 s.

COCKBURN, J., 2007. Psychological Aspects of Stillbirth. In COCBURN, J.,

PAWSON, M., 2007. Psychological challenges in obstetrics and gynecology: the clinical management. London: Springer, s. 171-191.

HENNENGAN, J. M. et al., 2015. Contact with the Baby Following Stillbirth and Parental Mental Health and Well-being: a systematic review. BMJ Open 5: 1–19.

KOOPMANS, L. et al., 2013. Support for mothers, fathers and families after perinatal death. Cochrane Database of Systematic Reviews. Chichester 19(6).

KURR VAN GENNEP, Ch.A., 1997. Přechodové rituály: systematické studium rituálů. Praha: Lidové noviny, 201 s.

RATISLAVOVÁ, K., 2016. Perinatální paliativní péče. Praha: Grada. 200 s.

TRULSSON, O., RADESTAD, I., 2004. The Silent Child—Mothers' Experiences Before, During, and after Stillbirth. Birth 31(3): 189 – 195.

WARLAND, J., DAVIS, D.L., et al., 2011. Caring for Families Experiencing Stillbirth: A unified position statement on contact with the baby. An international collaboration. Dostupné na: http://missfoundation.org/news/StillbirthContactwBaby_position_statement.pdf

KAPITOLA 6 PÉČE O RODIČE V NEMOCNIČNÍM ZAŘÍZENÍ

„Byly skvělé, obdivuji jejich práci. Bylo mi jich líto, že musí být u takové události. Než se ptát, zdali něco potřebujeme, bylo by fajn, kdyby podali matce a otci informaci, na co mají nárok, co bude následovat po propuštění z nemocnice, dali nějaké kontakty, letáčky, ke kterým se může člověk, hned jak začne trošku uvažovat, dostat a nemusí se pídit po informacích, hledat pomoc sám…“

OTÁZKY K ZAMYŠLENÍ

Jaké podmínky prostředí (oddělení, pokoj, přítomnost osob apod.) by mohly být vhodné pro hospitalizaci ženy po úmrtí miminka?

Jak začít komunikaci se ženou (rodiči), když je přijata na oddělení po porodu mrtvého dítěte?

S jakými odborníky nebo kolegy můžete na oddělení při péči o ženu po perinatální ztrátě spolupracovat?

Mohou rodiče odmítnout pitvu zemřelého novorozence?

Definice základních pojmů:

Pitva. *V zákonu č. 147/2016 Sb., kterým se mění zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) je uvedeno:*

§ 88 (2) Patologicko-anatomické pitvy provádí poskytovatelé v oboru patologická anatomie. Nestanoví-li tento zákon jinak, patologicko-anatomická pitva se vždy provádí:

a) u žen, které zemřely v souvislosti s těhotenstvím, porodem, potratem, umělým přerušením těhotenství nebo v šestinedělí,

b) u plodů z uměle přerušených těhotenství provedených z důvodů genetické indikace nebo indikace vrozené vývojové vady plodu,

c) u dětí mrtvě narozených a u dětí zemřelých do 18 let věku.

§ 88a (1) Lékař provádějící prohlídku těla zemřelého může rozhodnout, že se **neprovede** patologicko-anatomická pitva v případech podle § 88 odst. 2 písm.

a), b) nebo c) ....jestliže jde o úmrtí, jehož **příčina je zřejmá**, a zemřelý pacient za svého života vyslovil prokazatelný nesouhlas s provedením pitvy nebo zákonný zástupce nebo opatrovník zemřelého pacienta anebo osoba pacientovi blízká **požádali o neprovedení pitvy.**

(3) Pro způsob vyslovení prokazatelného nesouhlasu pacientem s provedením pitvy podle odstavce 1 nebo odstavce 2 písm. a) se použije obdobně § 81 odst. 5. Prokazatelný nesouhlas pacienta s provedením pitvy, písemná žádost zákonného zástupce nebo opatrovníka zemřelého pacienta anebo osoby pacientovi blízké o neprovedení pitvy podle odstavce 1 nebo odstavce 2 písm. a) nebo záznam o ní je součástí zdravotnické dokumentace vedené o zemřelém; v případě mrtvě narozeného dítěte je součástí zdravotnické dokumentace vedené o matce.trýzněním (umožňujícím pozůstalým očistit se od pocitů viny vůči zemřelému), život pozůstalých je utlumen až ochromen, jsou distancováni od společnosti (neměli by se účastnit běžných aktivit, dodržují specifické zákazy, nosí zvláštní oděv atd.) a vytváří se tak prostor pro vyrovnání se se ztrátou.

HOSPITALIZACE ŽENY PO PORODU MRTVÉHO DÍTĚTE/ÚMRTÍ NOVOROZENCE

Umístění matky na pokoj po porodu mrtvého miminka nebo při úmrtí novorozence je věcí domluvy s rodiči, doporučuje se však umístění mimo oddělení šestinedělí. Ideální je nabídnout rodině/partnerovi pobyt s matkou v nemocnici. Rodiče velmi často chtějí opustit nemocnici co nejdříve (dle zdravotního stavu ženy) a proces truchlení prožívat v intimním prostředí domova.

S rodiči by měla být v průběhu hospitalizace diskutována tato témata:

- pitva dítěte,
- pohřeb,
- matrika (uvedení jména dítěte),
- proces truchlení,
- laktace.

Zdravotničtí pracovníci na oddělení by měli ženu připravit na to, že o těchto tématech bude jednat s dalšími členy týmu, který pečuje o ženu po perinatální ztrátě. V období po perinatální ztrátě je v péči zdravotníků velmi zásadní způsob komunikace a kooperace v týmu (lékař, sestra/porodní asistentka, sociální pracovnice,

psycholog atd.). České ženy se zkušeností perinatální ztráty mají často pocit, že porodní asistentky (nebo sestry) a lékaři uspokojovali pouze jejich biologické potřeby. Zajistili jídlo, pití, léky na bolest nebo na utišení... Mají pocit nedostatku poskytnutých informací o tom, co bylo, co bude. Pocity bezmoci a izolace u žen jsou spojovány s vnímáním odstupu, odcizenosti a nedostatkem pomoci.

„Ona říkala a je pro vás důležitý jméno? Pro mě není důležitý nic, jí říkám... a ona se mě ptala, jestli chci uvést to jméno do rodného listu. Takže já jsem jakoby automaticky řekla, že ne...Prostě mi nepřišlo v tu chvíli to jméno důležitý...Jak se dá blbou otázkou na tak důležitou věc, získat tak blbou odpověď."

Otázka laktace patří do péče somatické, má však i svůj dopad psychologický. Některé ženy zástavu laktace nepřijímají dobře. Vhodné je nabízet opět možnosti: léky na zástavu laktace, nefarmakologické (stažení prsů, obklady) nebo jiné metody zástavy laktace (např. fytoterapie, homeopatie) i možnost dárcovství mléka.

Psychologická podpora rodičů po perinatální ztrátě poskytovaná zdravotníky může signifikantně zmírnit negativní dopad ztráty na rodinu. Taková podpora rodičů ze strany zdravotníků zahrnuje především věnování času a pozornosti rodičům, ověřování jejich emocionálních výrazů, poskytování zdrojů pro informovaná rozhodnutí.

„Byli upřímní a narovinu mě seznámili se vším, co je spjato s takovou ztrátou. Jsou to věci, které člověka ani nenapadnou, jako pohřeb, následná pitva a prošetření příčiny úmrtí. Za to jsem jim byla vděčná, protože jsem už byla připravena na vše, co mě čeká, a nic mě nezaskočilo. Řekla bych, že upřímnost a lidskost. Nevěřila byste, jak jsem pozitivně a intenzivně vnímala, když za mnou můj ošetřující lékař přišel a pohladil mě po tváři! Nemusel ani nic říkat."

Pomocí samostatných rozhodnutí může žena postupně získávat zpět jistou kontrolu nad svým životem. Proto je poskytování informované volby tak důležitou součástí péče zdravotníků.

Rodiče oceňují, jestliže zdravotníci:

- jsou připraveni naslouchat, když rodiče chtějí mluvit o tom, co se jim přihodilo,
- akceptují, co říkají, bez hodnocení nebo srovnávání,
- jsou klidní, když rodiče vyjadřují silné pocity,
- pojmenují své vlastní emoce,
- neužívají fráze a prázdná ujištění,
- reagují s empatií, vyjadřují sympatie nebo zármutek, pokud je to vhodné,
- umožní rodičům, pokud je to možné, mít kontrolu nad tím, co se děje.

Ženy po perinatální ztrátě si nejvíce váží vřelého, lidského a osobního přístupu zdravotníků. Oceňují, když jsou jim porodní asistentky nebo sestry na oddělení k dispozici, když je potřebují a jsou milé, empatické, citlivé, myslí na komfort rodičů, nabízejí pomoc a projevují zájem.

Zdravotnický personál je často přesvědčen o tom, že se nechová dostatečně profesionálně, když projeví zármutek spolu s pacientkou. Ale ze zkušeností žen po perinatální ztrátě vyplývá, že naopak oceňují lidské reakce zdravotníků.

„Porodní asistentka se snažila být hodně profesionální, ale v jednu chvíli jí ukápla slza. Omlouvala se za to, ale já byla ráda, že v té bolesti nejsem sama."

„Bylo vidět, že ji to zajímá, že je jí to opravdu líto. Ne, že vám někdo řekne to je mi líto.., ale vy cítíte, že to řekl jen proto, že je to slušnost. Zkrátka to řekne a jde dál. Jako když vám člověk řekne upřímnou soustrast, tak vám to řekne jenom proto, že se to hodí. Spousta lidí to řekne upřímně a vy vycítíte, že to myslí upřímně."

Psychofarmaka mají být (pokud vůbec) používána velmi zřídka v počátcích procesu truchlení, právě z důvodu blokování pocitů a komplikování procesu truchlení. Jejich užívání by mělo být konzultováno a ordinováno zkušeným psychiatrem. Zdravotníci psychicky podporují ženy aktivním nasloucháním, empatií a eliminováním pocitů viny, pokud je to možné.

Z

CVIČENÍ
(individuální)

Najděte publikace pro rodiče

Najděte na internetu publikaci, kterou byste mohli doporučit nebo ji předat rodičům po perinatální ztrátě před propuštěním z porodnice. Jedná se většinou o brožury pro rodiče nebo knihy o procesu truchlení. Seznamte s publikací ostatní studenty.

MODELOVÉ SITUACE

Komunikace se ženou / rodiči v průběhu hospitalizace po perinatální ztrátě.

Cíl: Nácvik komunikace s rodiči v období hospitalizace, podávání informací, diskuse témat týkajících se pitvy dítěte, pohřbu, matriky, procesu truchlení, laktace apod.

Popis různých situací:

1. Žena je v doprovodu manžela přivezena na gynekologické oddělení po porodu mrtvého dítěte. Komunikujte s rodiči při Vašem prvním setkání, podejte informace o tom, co je čeká.

2. Rodiče ještě druhý den po porodu mrtvého miminka jeho smrt popírají.
3. Informujte rodiče o pitvě a o možnostech pohřbení dítěte.
4. Žena se po úmrtí dítěte obává odchodu domů, má strach z kontaktu s okolním světem. Co řekne přátelům, sousedům, kolegům, když se jí zeptají na její dítě?

Další možné instrukce - parita, předchozí zkušenost, věk, sociální zázemí apod.
Pomůcky: brožury z předchozího cvičení: např. Pohřeb a jeho organizace (viz zdroje).

Skupiny o 5 účastnících:

1. student/eventuálně lektor—žena po porodu,
2. student—lékař,
3. student—porodní asistentka/sestra na gynekologickém oddělení,
4. student—pozorovatel,
5. student—partner/otec dítěte.

DISKUZE

Zamyslete se nad otázkami a diskutujte své názory ve skupině.
V USA a dalších „západních“ zemích jsou stále častěji budovány tzv. „Perinatal Bereavement Teams“ (v německy mluvících zemích „Trauerteam“), což jsou mutidisciplinární týmy, které poskytují psychosociální podporu rodičům po perinatální ztrátě. Kdo by mohl být členem takového týmu (profesní zastoupení)? Jak by mohla vypadat spolupráce a organizace práce takového týmu? Jaké má vytvoření týmu výhody pro pomáhající a jaké pro rodiče? Jaké by měly být osobnostní předpoklady uchazeče o práci v perinatálním paliativním týmu?

MODELOVÉ SITUACE

Komunikace a spolupráce v týmu. Jaké jsou pocity rodičů, když to v týmu nefunguje?

Cíl: Nácvik komunikace v týmu, zvládání konfliktů, posílení kooperace. Cílem nemusí být „správná” komunikace, ale účinky „chyb” v komunikaci na zúčastněné a hledání možných cest, jak tyto situace vyřešit.

Popis různých situací:

1. Zdravotník navazuje kontakt s rodiči, naslouchá jejich příběhu. Kolega je netrpělivý, naléhá na něj, aby vše rychle ukončil a věnoval se další práci.
2. Porodník a neonatolog informují postupně matku o porodu extrémně nezralého miminka, mají různé názory na další postup.

3. Gynekolog provádí vizitu na oddělení, má v péči ženu po porodu extrémně nezralého novorozence, není informován o tom, že dítě před hodinou zemřelo.
4. Za ženou po porodu mrtvého miminka přijde studentka změřit vitální funkce, nemá informace o situaci a ptá se, co se jí narodilo.

Další možné instrukce – parita, předchozí zkušenost, věk, sociální zázemí apod.

Skupiny o 4—6 účastnících:

1. student—zdravotník,
2. student—zdravotník,
3. student—pozorovatel,
4. student—žena, eventuálně
5. student—další zdravotník,
6. student—partner.

SEBEREFLEXE

Co se děje s Vaším tělem? Vhodné zařadit po modelových situacích.

uvolnění	.....	napětí
ztrnulost, ztuhnutí	.....	třes nebo pláč
klid	.....	neklid, nervozita
pocit síly, energie	.....	únava, útlum

Může navazovat Sebepéče: *Uvolnění třesením z kapitoly 10*. Studenti mohou porovnat pocity před cvičením a po něm.

CVIČENÍ

Zamyslete se, diskutujte ve dvojici, sdílejte ve skupině

1. Zamyslete se individuálně nad otázkami:
Jaké informace mohou potřebovat rodiče před propuštěním do domácího prostředí? Jaké množství informací asi rodiče za dobu hospitalizace pochytí? Jakou formou rodičům informace předat?

2. Diskutujte vzájemně své názory ve dvojici.

3. Podělte se o zásadní témata, názorové shody a neshody s celou skupinou.

P CVIČENÍ

Buďte kreativní…

Zkuste napsat letáček formou dopisu rodičům, který by mohli získat při odchodu z nemocnice, ve kterém je informujete o procesu truchlení, nabízíte jim možnosti svépomoci i odborné pomoci, doporučíte jim zdroje (knihy, webové stránky, filmy) k tématu vyrovnávání se se ztrátou miminka.

Použité zdroje a doporučená literatura

BAŠTECKÁ, B., 2003. Klinická psychologie v praxi. Praha: Portál, 420 s.

CESTA DOMŮ, 2018. Naše miminko zemřelo. SANDS. Praha: Cesta domů, 46 s.

CESTA DOMŮ, 2018. Našemu dítěti zemřel sourozenec. SANDS. Praha: Cesta domů, 32 s.

COCKBURN, J.; PAWSON, M., 2007. Psychological challenges in obstetrics and gynecology: the clinical management. London: Springer, 332 s.

DITZ, S., 2001. Betreuung von Frauen mit einer Totgeburt. Der Gynäkologe 34: 212–219.

ELSTNEROVÁ, L., 2007. Umírání na novorozeneckých JIP. In FENDRYCHOVÁ, J.; BOREK, I. a kol., 2007. Intenzivní péče o novorozence. Brno: NCO NZO, s. 180–186.

HARDER, U., 2005. Betreuung nach Kindsverlust. In HARDER, U., 2005. Wochenbettbetreuung in der Klinik und zu Hause. Stuttgart: Hippokrates Verlag, s. 158–168.

Ministerstvo pro místní rozvoj ČR, 2010. Pohřeb a jeho organizace. Dostupné na: https://mmr.cz/getmedia/279447ab-d480-44fa-ade2-6d05fd1d893d/Pohreb-a-jehoorganizace.pdf.aspx

RATISLAVOVÁ, K., 2016. Perinatální paliativní péče. Praha: Grada, 200 s. ISBN 978-80-271-0121-4

KAPITOLA 7 STRATEGIE ZVLÁDÁNÍ ZÁTĚŽE

„Je tomu déle než rok a nemůžu říct, že bych s tím byla smířená, pořád je ve mně veliká bolest ze ztráty prvorozené milované dcerušky. Pomáhá mi, když o ní můžu mluvit, že nejsem sama, kdo na ni myslí...chodím za ní na hřbitov, chodím na internetové portály, kde jsou maminky se stejným osudem, a snažím se začít znovu žít a začínám doufat, že se mi podaří znovu otěhotnět."

OTÁZKY K ZAMYŠLENÍ

Co mi ve vyrovnávání se s mými ztrátami spíše pomáhalo? Co mi škodilo?

Co proces vyrovnávání podporovalo (nebo urychlovalo)? A co proces zpomalovalo (nebo zastavovalo)?

Definice základních pojmů:

Coping - zvládání náročných životních situací, schopnost člověka vyrovnat se odpovídajícím způsobem se zátěží (nadlimitní nebo dlouhodobou), vědomé adaptování se na stresor.

Copingové strategie - způsoby, pomocí nichž zvládáme vědomě různé druhy zátěže Vulnerabilita - zranitelnost, zvýšená citlivost. V souvislosti se stresem předpoklad psychické zranitelnosti a vzniku duševní poruchy.

Resilience - psychická odolnost, houževnatost, vnitřní síla a schopnost překonávat krize, traumatické události, tragédie nebo významné zdroje stresu.

ROZDÍL MEZI OBRANNÝMI MECHANISMY A COPINGOVÝMI STRATEGIEMI

Na rozdíl od obranných mechanismů (viz kapitola 1) je coping vědomý a aktivní proces. (Zjednodušeně by se dalo říci, že jakmile si uvědomíme obranný mechanismus a rozhodneme se, že jej i nadále budeme používat, stává se copingovou strategií.) Další rozdíly jsou v tom, že coping je ovládaný vůlí, okolí si jej snadněji všimne, chování při něm není instinktivní a automatické, ale promyšlené. Obranný mechanismus vychází více zevnitř psychiky daného jedince, zatímco coping

je aktivován zvenku a v závislosti na situacích. To, že člověk použil copingovou strategii, si pamatuje, dokáže si vybavit vzpomínku a vyprávět o svém chování formou celistvého příběhu na rozdíl od obranného mechanismu.

Tak například tam, kde by nevědomou obranou byla projekce (tendence připisovat druhému své emoce a pohnutky), vědomou strategií je empatie (schopnost pochopit emoce a myšlenky druhých lidí a brát je vážně). Nebo na místě, kde by byla nevědomá potřeba racionalizovat (v první chvíli rozumově zdůvodnit něco, co by mohlo emočně zasáhnout), je vědomou strategií neunáhlený hluboký a pečlivý rozbor situace, nahlížený z více pohledů.

Poznámka: Relaxace a meditace mohou být velmi efektivní copingovou strategií, pokud je člověk praktikuje běžně. Doba akutní krize není podle našeho názoru vhodná na jejich nácvik, protože učení představuje další zátěž a pracovat s vracejícími se myšlenkami může být v tu dobu přespříliš náročné.

COPINGOVÉ STRATEGIE

„Pomohly mi rituály rozloučení, vypovídat se, ženy, které to taky zažily, modlitba, čas."

V odborné literatuře najdeme popsány různé styly zvládání náročných životních situací a stresu (tzv.copingové strategie). Nejznámější jsou čtyři formy zvládání: strategie zaměřená na problém a strategie zaměřená na emoce, řešené buď konfrontací, nebo vyhýbáním se. Problémy ve zvládání situace nejsou určeny samy o sobě nějakou konkrétní copingovou strategií, ale v souvislostech jejího užití pro konkrétní situaci. Rozdíly mezi lidmi jsou také v orientaci aktivit jednotlivých strategií. Někteří lidé řeší situaci aktivním vyhledáváním informací, hledáním pomoci v okolí, sociální oporou apod. Jiní lidé preferují zvládnutí problému tím, že se zaměří na jeho subjektivní dopad, význam a hodnocení, překonávají problémy vlastními silami, posilují svůj „bojový potenciál". Křivohlavý (1989) uvádí, že člověk volí aktivní a pasivní taktické postupy při řešení náročných životních situací. Aktivní postupy jsou charakteristické plánováním postupu, realizací aktivit a posilováním odolnosti. Pasivní postupy charakterizují spíše jedince, kteří se vyznačují vnějším klidem, vyčkávají, jsou lhostejní a apatičtí k problémům, odevzdaní do „rukou osudu", rezignují nebo propadají beznaději. Tyto reakce a strategie jsou pro jedince nebo rodiny typické, poměrně stálé a zařazujeme je mezi osobní a rodinné styly. Ve vyhraněných případech se doporučuje vhodně vyrovnávat jednostranný způsob řešení zátěže.

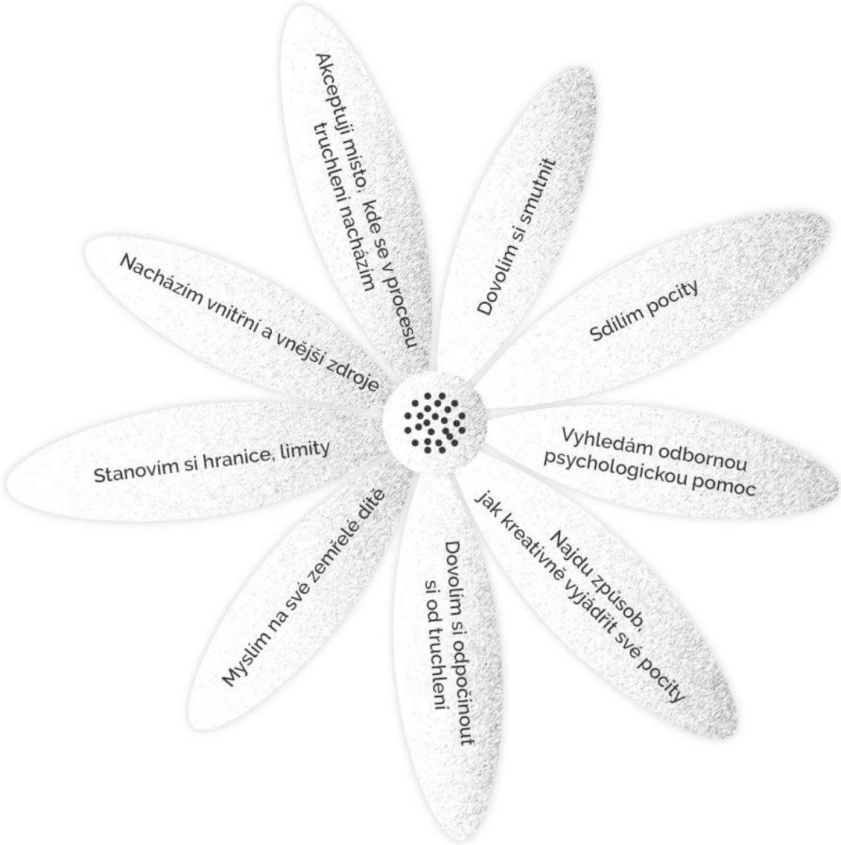
V krizi a zátěži si lidé pomáhají různými způsoby od tíhy ulevovat. Někteří se opřou o vlastní duševní vnitřní zdroj, například o své schopnosti, dovednosti, zkušenosti z minulosti, intuici. Další se nechají podepřít zdroji z okolí - rodinou, přáteli, kolegy, pomáhajícími. Jiní spoléhají na své tělo a jeho kvality a materiální pomoc zvenčí - peníze, majetek, jídlo atd. Většinou všichni kombinují různé zdroje. Podle typu osobnosti se lidé zaměřují na to, aby problém vyřešili, pokud to jde. Pokud problém nelze vyřešit, snaží se ulevit si tím, že vyjádří své emoce nějakým způsobem. Část populace má tendenci uniknout - například fyzicky někam odcestovat nebo psychicky - uniknout do denního snění. Někteří unikají tak, že odvracejí pozornost k něčemu jinému, například k práci, sexu, sportu, nakupování atd. Někteří lidé mají tendenci využívat alkohol a drogy, jiní prostě tělesně a duševně „vypnou". Někteří lidé používají ke zvládání zátěže humor. Zvláštním copingovým způsobem je cesta k víře anebo k náboženství. Jedním z copingových stylů je také osobnostní růst. (Viz dále.)

Z CVIČENÍ
(individuální)

Zdroje pro rodiče a jejich blízké

Vyhledejte zdroje z literatury nebo videa, filmy, které byste mohli doporučit truchlícím rodičům. Které byste doporučili jejich známým a blízkým? K jaké strategii zvládání by patřilo čtení knih o procesu truchlení nebo sledování filmů s tematikou vyrovnávání se s úmrtím dítěte?

Následující obrázek můžete nabízet svým pacietům a klientům při práci s mapováním možností vědomého zpracování ztráty.



P

CVIČENÍ

(ve dvojici nebo malé skupině)

Rizikové copingové strategie

Zamyslete se nad výše uvedenými copingovými strategiemi a vyberte ty, které vám připadají jako rizikové, a vysvětlete proč.

Z CVIČENÍ

Brainstorming

Pro zvládání náročných životních situací je velmi důležitá psychická odolnost (resilience). Není to vlastnost, kterou člověk má nebo nemá, ale způsob myšlení, chování a činů, který je možné rozvíjet a učit se. Lidé využívají různých strategií, jak budovat svoji odolnost. Jaké strategie to mohou být? (Vyučující zapisuje na tabuli či flipchart.)

Pomůcka pro vyučující:

- Posilování vztahů s blízkými, budování sítě pomoci a podpory, aktivita v komunitě, podpora druhých.
- Na krizi se nedívat jako na něco nepřekonatelného. Člověk nemůže změnit skutečnost, že ke stresujícím událostem dochází, ale může změnit způsob, jak události interpretovat a reagovat na ně
- Soustředit se na to, co změnit lze.
- Uvědomit si, že změna je součástí života.
- Stanovit si realistické cíle a naplňovat je, třeba i po malých krůčcích.
- Jednat.
- Hledat příležitosti k sebepoznání.
- Rozvíjet pozitivní myšlení a optimistický výhled. Zkusit si vizualizovat, co člověk chce dosáhnout.
- Věnovat pozornost svým potřebám a pocitům. Pravidelně cvičit, relaxovat nebo meditovat.

POSTTRAUMATICKÝ RŮST U ZASAŽENÝCH A POMÁHAJÍCÍCH

„Vím, že život přináší věci, kterým na první pohled nerozumíme. Mohou být právě i bolestné, a přesto obohacující.“

Slovo krize ve slovníku psychoterapeutů a krizových interventů má také význam příležitosti ke změně. Pomáhající jsou situací zasaženi také a často opakovaně. Přestože by zasažení ani pomáhající nejspíše nechtěli slyšet, že jejich zkušenost

nakonec bude tím, co sami mohou ocenit a využít jako prorůstovou věc, mnozí to s odstupem dosvědčují. Změny jsou trvalého rázu, osobnost je změněna.

Dochází k proměnám vztahů, které jsou náročnou situací prověřeny, z některých známých se stanou přátelé, a naopak. Rodina se dostává na přední místo. Někteří lidé vyžadují ve vztazích větší blízkost, s povrchními vztahy se již nespokojí. Další se začnou více vciťovat do ostatních a soucítit s nimi. Jsou prověřeny i osobní postoje a priority, jsou přeskládány do nového pořádku. Mnozí lidé po přestálé krizi lépe reflektují sami sebe, své motivy a své pocity a dokáží je zřetelně komunikovat, již nemají potřebu hrát komunikační a manipulativní hry. Dalo by se říci, že odmítají žít jinak než „v pravdě", autenticky, upřímně. Totéž očekávají od ostatních. Více o vztahy pečují a věnují jim více času než dříve. Hledají novou životní perspektivu, protože nic není, jaké bývalo, a uvědomují si, že už nebude. Musí najít nový směr a novou cestu, přestože hledání bývá někdy bolestné, se spoustou slepých uliček a úskalí. Do cesty jim přicházejí nové příležitosti a pak se rozhodují, zda se jim budou věnovat, zda to za to stojí. Hledají si nové zájmy nebo oprašují například zájmy z dětství nebo dospívání, na které snad v průběhu času i zapomněli. Snaží se ve svých životech změnit, co změnit lze. Nemají čas na to, dělat věci bez významu a hlubšího smyslu. Váží si délky svého života a času, který nyní mají k dispozici, nejsou ochotni ho promrhat zbytečnými aktivitami. Zvládli velkou zátěž, a tak se cítí posíleni, jako by nyní měli zvládnout téměř vše. Věří si. Současně lépe přijímají věci, jaké jsou, a lépe se smiřují s tím, co nelze změnit. Občas zjistí, že jejich psychika i tělo jsou silnější, než si kdy představovali. Váží si svého těla a vnímají křehkost života. V duchovní oblasti se jakoby mávnutím proutku mohou objevit netušené prostory plné otázek a nových myšlenek. Někdo se v této situaci může odvrátit od církve, náboženství a víry, jiný zas nově hledá možnost víry, která by byla jemu nejpřirozenější. Rozhodně spirituální oblast nyní může být více konktrétní a méně vnímaná jako abstraktní než kdy dříve. Najednou lépe chápou, co slova „duchovní" nebo „spirituální" znamenají.

P

CVIČENÍ

(individuální, písemné)

Jaké strategie zvládání využívám?

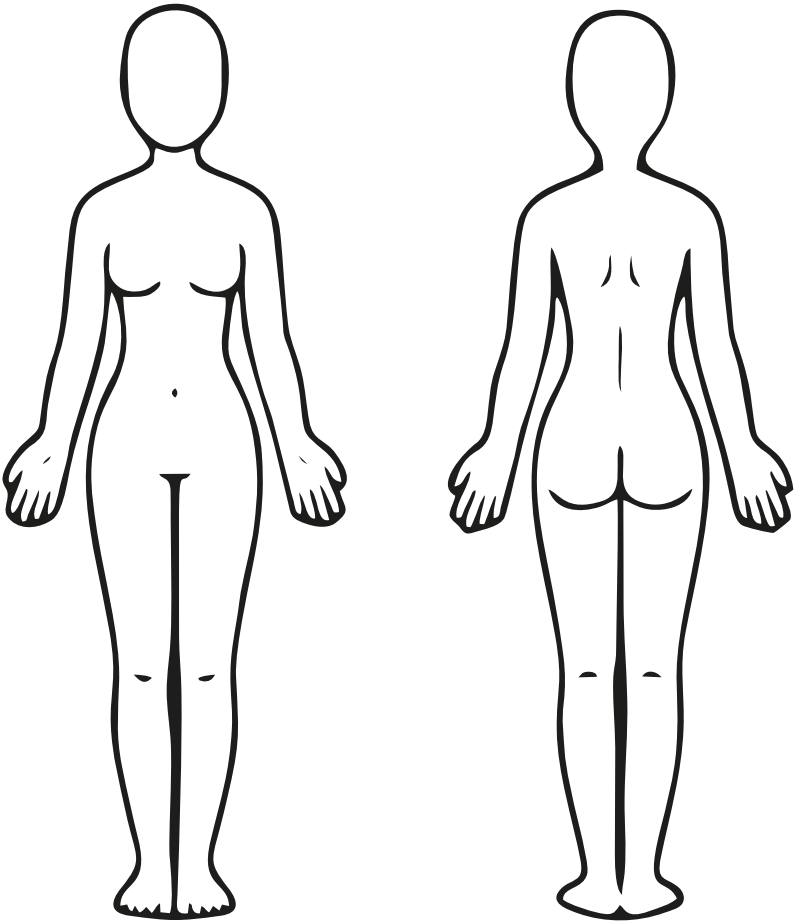
Co mi ve vyrovnávání se s mými ztrátami spíše pomáhalo? Co mi škodilo?

Co proces vyrovnávání podporovalo (nebo urychlovalo)? A co proces zpomalovalo (nebo zastavovalo)?

SEBEREFLEXE

Kde v těle a jaké pocity vnímáte při psychické zátěži?

Zakreslete je a popište do obrázku postavy.



Použité zdroje a doporučená literatura

ENGELKEMEYER, S. M.; MARWIT, S. J., 2008. Posttraumatic Growth in Bereaved Parents. Journal of Traumatic Stress 21(3), 344–346.

KLIMENT, P., 2014. Zvládací (copingové) odpovědi v pomáhajících profesích. Olomouc: UPOL, 112 s.

KŘIVOHLAVÝ, J., 1989. Obranné mechanismy a strategie zvládání těžkostí. Československá psychologie 33(4): 361-368.

MAREŠ, J., 2012. Posttraumatický rozvoj člověka. Praha: Grada, 200 s.

TEDESCHI, R. G.; CALHOUN, L. G., 2004. Helping Bereaved Parents: A Clinician´s Guide. New York: Brunner-Routgledge, 188 s. ISBN 978-1583913642

VYMĚTAL, J., 2003. Lékařská psychologie. Praha: Portál, 397 s.

ZÁBORCOVÁ, M., 2017. Jak projít životními krizemi k životním výhrám. Praha: Grada, 176 s.

KAPITOLA 8 VLIV ZTRÁTY NA RODINU A NA VZTAHY

„Když jsem přišel po úmrtí syna prvně do práce, kamarádi mi řekli, že se o tom se mnou nebudou bavit. Tak jsem jim odpověděl, že budou muset, pokud chtějí nadále zůstat mými přáteli.“

OTÁZKY K ZAMYŠLENÍ

Jakou zprávu o smrti obecně má podle vás dostat dítě v různém věku?

Jaké jsou rozdíly v truchlení žen a mužů?

Jak definujete rodinu - biologicky nebo sociálně? Kdo do ní ještě patří a kdo již ne?

VLIV NA PARTNERSKÝ/MANŽELSKÝ PÁR

Úmrtí miminka je značný zásah do života páru/rodiny. Obecně se po úmrtí dítěte mnoho párů rozpadne, jiné páry se však semknou a jejich vztah po přestálém neštěstí ještě více posílí. Když zvládli toto, pak už zvládnou téměř vše, říkají někteří.

Obvykle v prvních týdnech oba rodiče truchlí podobně, jsou si blízko, spolu, sdílejí pocity. Připodobňujeme toto období k období líbánek. Trvá zhruba 2-8 týdnů, podle našich pozorování. Pak se ovšem obvykle způsob truchlení obou rodičů mění. Cesty jejich truchlení se rozcházejí, a pokud tato skutečnost vyvolává silnou úzkost nebo nasedá na předchozí neřešenou párovou krizi, může časem i pár rozklížit. Ne každý partner snese rozdíl v tempu, prožitku a projevech truchlení. Někteří se domnívají, že by měli truchlit stále stejně, ale není to možné. Informace o rozdílech v truchlení může pomoci rodičům respektovat zvláštnosti truchlení druhého a nevnímat jinakost jako nezájem nebo necitlivost, hysterii nebo přecitlivělost.

Někdy se rodiče dostanou do terapie. Špatenková (2013) uvádí, že pokud je proces truchlení poměrně nekomplikovaný, je možné počkat s odesláním k párovému terapeutovi či manželskému poradci alespoň 13 měsíců od smrti dítěte. Mnoho rodičů prožívá velký strach, že přijdou také o partnera, když přišli o dítě. Pokud tento druh strachu je ústředním, pak je odeslání do terapie neodkladné. V praxi pracujeme s páry ihned po úmrtí dítěte, nejprve v rámci krizové intervence, pak v rámci provázení a poté v případě potřeby i v terapeutickém rámci již v prvním roce truchlení.

V párové a rodinné terapii je důležité sledovat, jak partneři mohou objevovat a sdílet svou bolest ze ztráty a zda je sdílení dvojsměrné, nebo je kontejnerem vždy pouze jeden z partnerů. Nemohou-li bolest sdílet, truchlit společně nebo mít alespoň pochopení pro partnera, nastává odcizení. (Titl, 2014) Kontejnerem je míněn partner, který je schopen přijmout, udržet, popř. pojmenovat emoce druhého a vytvořit si pro ně prostor u sebe, přestože jsou odlišné od jeho prožívání.

Chvála a Trapková (2008) upozorňují na to, že může dojít k nerovnováze radost-smutek, pokud jsou partneři rozpojeni. Při jejich spojení radost jednoho potěší i druhého, ale pokud jsou rozpojeni, může muž například smutek ženy nesnášet nebo se mu vyhýbat a odcházet z domova, aby jemu neuškodil, to pak vede k polarizaci na veselejšího a smutnějšího člena páru. Vhodné je proto pracovat s celým párem, pokud je k tomu motivace a vůle u obou partnerů.

Rozdíly v truchlení žen a mužů

Respektujeme individuální odlišnosti každého jedince a to, že jsme také formováni sociálním očekáváním, na které rovněž reagujeme.

Laická společnost obvykle očekává, že muži obecně v truchlení:

- budou ti silnější,
- ponesou odpovědnost,
- nebudou projevovat emoce,
- se ztrátou se vyrovnají lépe než ženy.

Pokud muž nesplní tato očekávání, ve společnosti to může vyvolat nejistotu a chuť povzbuzovat ho slovy například: „Drž se! Zvládni to! Musíš být silný! Musíš být statečný! Vzmuž se! Vydrž!"

U muže samotného to může vyvolat nejistotu a pochybnosti o sobě, zda je ten správný a pravý muž, pokud truchlí odlišně od očekávání společnosti.

Dají se sledovat a popsat různé způsoby truchlení žen a mužů, je to však jen hrubé zjednodušení. Každý člověk má svůj vlastní originální způsob truchlení.

Obecně jsou ženy emotivnější a otevřenější v projevování emocí, mají větší potřebu o tom, co prožívají, mluvit, a proto také snáze na sebe upoutají pozornost a dostane se jim spíše péče.

Zjednodušeně řečeno, pro truchlení mužů jsou charakteristické následující znaky:

1. Neukazují tolik, že se trápí.
2. Neventilují příliš často pocity a snaží se prožitky v sobě potlačit.
3. Neprožívají tolik emocí anebo je prožívají s jinou intenzitou než ženy.
4. Nevyhledávají tolik kontakt s okolím jako ženy.
5. Nevyužívají tolik tišící prostředky, zato tendují více k zneužívání alkoholu, agrese, vzteku, sexu.
6. Délka truchlení a „nošení zármutku“ bývá u nich kratší než u žen.
7. Útěchu častěji hledají v práci, fyzické dřině, zálibách, sexu a alkoholu.
8. Potřebují znát co možná nejpřesnější příčinu a okolnosti úmrtí.
9. Nemají tak velkou potřebu si miminko připomínat pomocí fotek, videí atd. Někdy mají nechuť vyslovovat jeho jméno, nebo dokonce odmítají jméno vyslovit.
10. Je pro ně těžší přijmout podporu zvenku, zejména pak podporu a péči institucionalizovanou (např. terapie, svépomocné skupiny, laické poradenství, stacionář atd.).
11. Projevy zármutku u nich častěji přerostou v somatické symptomy (např. bolesti zad, potíže se srdcem...) nebo v projevy agrese, vzteku a hněvu.
12. Po ztrátě obvykle hned nastupují do práce, na rozdíl od žen, které jsou častěji na mateřské dovolené i v pracovní neschopnosti. Výkonnost mužů v práci obvykle klesá a v pracovní neschopnosti bývají až po nějaké době kvůli nejasným somatickým příznakům.
13. Ani s jinými muži nemluví často o svém prožívání a pocitech, na rozdíl od žen, které o tom s jinými ženami mluví ochotně.
14. Muži se orientují spíše na obnovu, ženy na ztrátu. Pokud by si muži měli vybrat nějakou literaturu, která se týká ztráty dítěte, volili by spíše tu, která se zabývá životem po smrti (orientace na obnovu) než tu, která se zabývá prožitkem ztráty, jako ženy (orientace na ztrátu). Pokud by byla kniha určená speciálně mužům v jejich situaci, přečetli by si ji.

V našich praxích jsme s truchlícími muži udělaly ještě následující zkušenosti:

- Muži o truchlení moc nemluví, potřebují to pochopit, nějak uzavřít a jít dál.
- Muži se bojí pocitu vlastní bezmoci, bezradnosti.
- Muži se nechtějí bát a složit se, tím si někdy komplikují proces truchlení, tzv. jdou proti proudu.
- Muži častěji použijí v truchlení alkohol, kouření, ženy spíše psychofarmaka.
- Muži někdy rychle tlačí na početí dalšího dítěte po úmrtí dítěte předchozího proto, aby se všechno vyřešilo.
- Muži chtějí, aby truchlící žena byla rychle zase normální, celkově.
- Prožívají velké pocity viny, že tomu nedokázali zabránit, zachránit, zařídit...
- Po půl roce je to doběhne...
- Když je muž osobnostně více narcistický, hůře přizná slabost, selhání, tím spíše se objeví projevy psychosomatické – záda, srdce, žaludek, únava, poruchy spánku, úrazy.
- Proces truchlení může být příležitostí muže konečně objevit nebo oživit Animu – „vnitřní ženu“, ale také ji naopak může úplně na dlouhou dobu potlačit.
- Někdy potřebují pro zemřelé dítě něco konkrétního vykonat, udělat, vytvořit, napsat píseň, založit podnik na jeho počest...
- Muž v terapii potřebuje zpočátku víc klidu, provázení s respektem k tempu a způsobu, žena se v terapii citově otevírá sama....
- Muži bývají podráždění, když mají pojmenovat emoce, mívají strach, že pokud je jednou projeví, nebude to mít konce, zejména smutek – pláč, aby se v nich „neutopili“, ale vyhovuje jim, když je někdo pojmenuje za ně.
- Muži rychleji než ženy vzdávají partnerský vztah, pokud je truchlením po dítěti zasažen.
- Sex v kontextu truchlení pro muže znamená uvolnění napětí i agrese, stejně tak i způsob sdílení.

Celkově můžeme konstatovat, že obecně ve způsobu truchlení mužů a žen vidíme rozdíly, jsme k nim pozorní při práci, ale nakonec se soustředíme na individualitu způsobu truchlení a vyrovnávání se se ztrátou u jedince, páru či rodiny.

Co potřebují rodiče ve vztahu ke všem svým dětem v průběhu umírání miminka a po něm?

Rodiče potřebují zůstat i nadále rodiči svých dětí, tzn. potřebují rozhodovat, co se s nimi bude dít, kdo jim může pomoci, jak se budou léčit atd. To se týká i rozhodování o těle zemřelého miminka. Potřebují si se všemi dětmi udržet pevnou a spolehlivou vazbu a vztah. Potřebují být dětem nablízku, pečovat o ně a být za děti zodpovědní. Potřebují pro všechny členy rodiny udržet rodinu celou, nedopustit emoční odcizení.

Kde mohou rodiče najít zdroje podpory?

Zdrojem podpory je zejména naděje, že jejich situace se zlepší. Důležitá je kvalita života jejich rodiny. Pokud mají další děti, mohou péčí o ně podporovat sebe v náročné situaci, je to něco, co má velký smysl. Mnoho rodičů používá fyzickou aktivitu pro svou podporu, např. sporty, turistiku, fyzickou práci, rekonstrukci domu...). Čerpají podporu z okolí, od přátel, rodiny, pomáhajících profesí, podporují se vzájemně. Z psychologické podpory nemusí být nadšeni, přestože jim pomáhá. Ztížit jejich možnosti nechat se podpořit může jejich povaha, pokud nesnadno přijímají pomoc, jejich pocity viny, nepřijetí reality, narušené vztahy v rodině. Také nevhodný přístup pomáhajících s nedostatečnou komunikací a nedostatek soukromí pro pár/rodinu v nemocnici může být podpoře na překážku.

JAK TRUCHLÍ DĚTI?

Děti truchlí také, ale odlišně od dospělých. Jsou více čitelné, pokud nejsou nuceny pocity kvůli bolesti dospělých skrývat. Jejich pocity se rychle mění a střídají. Chvilku jsou například smutné a pak si náhle jdou hrát. Potřebují, aby z jejich předchozího běžného života zůstalo zachováno co nejvíce, dokonce i pravidel, zvyků a povinností. Dává jim to pocit stability a ujišťuje je to, že se „nezbláznil" celý svět. Potřebují alespoň na krátký čas denní kontakt s někým, kdo událostí není tolik zasažený; čím jsou menší, tím více nutně. Větší děti si takový kontakt mohou najít samy.

Děti mají obvykle mnoho praktických, až technických otázek, které mohou dospělé vyvádět z míry, ale potřebují na ně dostat pravdivou a přiměřenou odpověď. Můžeme se zajímat o to,co ho na tom kterém dotazu vlastně tolik zajímá. Proč se právě na toto téma ptá? Obvykle se ho to nějak osobně dotýká. (Např. Mohu také umřít? Když jsem byl nerad, že je máma těhotná, mohlo to způsobit smrt miminka?) Zásadně dítě nezahlcujeme detaily a nepřetěžujeme ho informacemi, na které není ještě zralé. Děti se podle možností mohou podílet na rituálech rozloučení, např. napsat miminku

dopis, nakreslit obrázek, vybrat mu hračku. Nabízíme jim možnosti a necháváme je vybrat si z nich. Děti rády na zemřelého vzpomínají společně. Podporujeme je ve vyjádření emocí. Prožívání záleží na mnoha faktorech - např. na osobnosti, věku dítěte, počtu dětí v rodině. A zejména na tom, jak situaci zvládají rodiče a okolí, kolik mohou mít pozornosti a jakého druhu ta pozornost je. Děti mohou nevědomky ze soucitu zaplňovat místo po chybějícím miminku, pokud rodina ztrátu nezpracovala, například tak, že se dlouhodobě chovají jako mladší.

Komplikace v procesu truchlení se u nich častěji projeví nepřímo, například zlobením, zhoršeným prospěchem, psychosomatickými bolestmi (např. hlavička, bříško), záchvaty vzteku, zdánlivě bez důvodu, nebo úzkostí tak velkou, že nechce členy rodiny pustit do práce, školy atd. Mohou mít potíže se spánkem.

Malé děti si obecně proces truchlení neuvědomují a často se i mezi odborníky říká, že do 8-9 let si neuvědomují, že úmrtí člověka je definitivní, a doufají, že se vrátí jako by přijel z nemocnice, tábora nebo dovolené. Naše zkušenost je, že toto se týká zejména dětí, které nemohly být přítomny pohřbu, nebo se smrt před nimi tajila v domnění, že by byly traumatizované, dostaly informaci, že zemřelý „odešel". I mladší děti mohou smrt miminka přijmout, pokud mají dobrého průvodce. Děti se učí pojmenovat emoce spojené s úmrtím, pomoci jim mohou obrázky s výrazy emocí, obrázkové škály - intenzita pocitů, knihy pro děti s tematikou úmrtí, názorné pomůcky, možnost přehrát nebo nakreslit situaci někdy v převlečené formě za hračky nebo zvířátka. Dospívající děti většinou potřebují navíc k podpoře od rodiny oporu ve vrstevnické skupině. Jejich emoce mohou být velmi intenzivní, vnímané někým až jako hysterické a mohou se měnit překvapivě rychle mezi oběma póly. Někdy potřebují zkušeného dospělého člověka, který by s nimi mohl rozebírat filozofické problémy, jež je přirozeně v tomto věku napadají.

Z CVIČENÍ
(individuální)

Knihy určené dětem

Najděte např. na internetu knihy o smrti a truchlení, které jsou určeny dětem a které mohou pomoci rodičům mluvit s malým dítětem o smrti tak, aby mu nelhali a nevyděsili ho.

JAK TRUCHLÍ PRARODIČE?

Truchlení prarodičů může znamenat pro ně dvojí zátěž. Jednak přišli o vnouče, jednak jejich dítě (a snacha, zeť, další vnoučata ..) trpí. Proto u nich často můžeme pozorovat více obranných mechanismů, jejichž projevy mohou jejich potomky dráždit, a dokonce mohou vést k odzicení. V praxi se nám ukazuje, jak důležitý je zejména přístup babičky (matčiny matky) k zasažené matce v této situaci. Mají tendenci se oživovat stará traumata z nepřijetí, odmítání, necitlivosti apod. („Toto mi dělala vždycky, když jsem se s něčím trápila.") Prarodiče se často trápí myšlenkou a pocity viny za přežití. („Proč muselo zemřít miminko, které mělo celý život před sebou, zatímco já, starý člověk, tady ještě jsem.")

DISKUZE

Poslechněte si záznam z rozhlasového vysílání Českého rozhlasu Olomouc: Psáno životem (3. 12. 2013), Pochovali jsme své dítě. Dostupné na:

http://prehravac.rozhlas.cz/audio/3017621

Vnímejte rozhovor s matkou a otcem dítěte a to, jak se vyrovnávali s těžkou životní situací. Sdílejte ve skupině své dojmy.

DISKUZE

Po zhlédnutí videa. Tým Father Friendly Initiative zveřejnil jedinečné a dojemné video o zkušenostech mužů se smrtí jejich miminka. Pět otců sdílí své zkušenosti se smrtí svých dětí a způsoby zvládání, které jim pomohly překonat tuto těžkou situaci. Pokud jsou studenti znalí anglického jazyka (nebo s překladem anglických titulků), můžete využít při výuce video o truchlení otců, které je dostupné na Youtube: When the storm hits. Dostupné na: https://www.youtube.com/watch?v=r_-ibxtXO3g&t=72s

MODELOVÁ SITUACE

Pečujete o umírajícího novorozence. Přichází sourozenec dítěte (8 let) a babička.
Cíl: Nácvik komunikace s truchlícími členy rodiny různého věku.
Možné doplňující informace: rodinná situace, zdravotní stav novorozence (paliativní péče)

Skupiny o 4—6 účastnících:

1. student—zdravotník (neonatologická sestra),
2. student—babička umírajícího novorozence,
3. student—sourozenec novorozenec (věk 8 let),
4. student—pozorovatel,

eventuálně

5. student—matka novorozence,
6. student—zdravotník (lékař/ka).

SEBEPÉČE

Následující instrukce si můžete nahrát a pouštět, stejně jako si je můžete nechat předčítat. Zajistěte si nerušený klid na následující půlhodinu. Položte se na podložku, zajistěte, aby vás nic neškrtilo a netísnilo. Ruce a ani nohy se nekříží, paže volně leží vedle těla, Páteř je rovná, hlava leží přímo na podložce, polštářem je možné si podložit kolena. Zavřete nebo přivřete oči. Za zavřenýma očima si představte, jak ležíte v místnosti, kde jsou okna, kde jsou dveře. Zkuste si vybavit nějaký detail z místnosti. Pozorujte zvuky, které k vám přicházejí zvenčí, a pokuste se jeden z nich identifikovat. Vnímejte místa, kde se vaše tělo dotýká podložky, a představte si, že tělo se uvolňuje s každým nádechem a výdechem a pomalu se zanořuje o kousek níž do podložky. S každým výdechem odchází z těla napětí. Postupně můžete pozorovat, jak je vaše tělo klidné, uvolněné a prohřáté, jen na čele můžete vnímat chlad, jako by čelo ovíval lehký vánek.

Za zavřenými víčky si můžete představit, že jste na cestě, jdete pomalu krajinou, až přijdete k zahradě. Zahrada je krásná a vy si do té zahrady můžete pozvat, koho chcete. Koho tam nepozvete, nemůže do zahrady vstoupit. Vnímejte, jak se tam cítíte dobře. Můžete dělat, co vás napadne. Napadne vás třeba pozvat do zahrady malé dítě. Možná je jako vy ve dvou nebo třech letech. Jdete mu naproti. Pokud je smutné a pláče, můžete ho obejmout a utišit. Můžete mu sdělit, že ho rádi vidíte a že tu budete s ním a pro něj. Ujistěte ho, že bude v bezpečí a klidu. Že ho nenecháte o samotě. Když se dítě uklidní, můžete si spolu hrát hry, které má dítě rádo. Oba se můžete spolu radovat. Záleží na vás obou, jaké hry vás potěší. Dítě je spokojené a šťastné. Představte si, že toto veselé a spontánní dítě vezmete do náruče a obejmete. Jako zázrakem dítě vejde do vašeho srdce a bude tam mít svůj domov. Tak bude stále s vámi a v bezpečí. Můžete s ním kdykoliv mluvit a hrát si v zahradě. Poté zahradu opustíte a zavřete. Můžete se do ní vracet. Jdete cestou zpět.

Pomalu se budeme vracet zpět do bdělého stavu. Za zavřenými víčky zkuste opět zachytit nějaké zvuky zvenku a identifikovat je. Představte si, kde v místnosti ležíte, kde jsou dveře a okna. Počítání od 10 k 0 vás probudí úplně a budete pak čilí. Počítám 10-9-8-7 malinko pohněte prsty na rukou a nohou, 6-5-4-3 protáhněte a zívněte si, 2-1-0 pomalu otevírejte oči, zamrkejte a podívejte se po okolí. Svým tempem přes bok vstávejte. Pokud chcete, můžete setkání s dítětem nějak kreativně ztvárnit (nakreslit, namalovat, zatančit, vymodelovat....něco si o tom napsat atd.).

Z

CVIČENÍ

(malé skupiny)

Rozvoj empatie k dítěti různého věku v náročné situaci

Možnost práce ve skupinkách, každá skupina má za úkol představit si situaci se zasaženým dítětem jiného věku. Výsledky pak sdílejí společně v celé skupině.

Jak byste vysvětlili dítěti ve věku 3 roky (5 let, 10 a 15 let), co znamená, že sourozenec – miminko zemřel? Jak byste mu vysvětlili, co je to pohřeb a jaký je jeho význam? Jak se může podle vás dítě tohoto věku do rituálu rozloučení se sourozencem zapojit? Jaké reakce očekáváte? Co by vás nejvíce překvapilo? Jak se podle vás liší prožívání dětí od prožívání dospělých?

P

CVIČENÍ

(ve dvojici)

Síť sociální opory

Cíl: studenti si během cvičení uvědomí, jakou podobu má jejich pod-půrná vztahová síť a současně se skrze sebezkušenost naučí provázet své klienty.

1. student – pomáhající,
2. student – klient.

Pomáhající bude provázet klienta zaznamenáním jeho podpůrné sociální sítě. Student v roli klienta si představí, že se ocitl v náročné životní situaci a student v roli pomáhajícího ho provází procesem. Student v roli klienta pracuje s reálnými osobami ze současného života. Postupují společně krok po kroku. Student v roli pomáhajícího se učí trpělivosti, vyčkává, než si „klient“ vztahy vybaví.

Příklad instrukcí pro pomáhajícího: *„Pojďme se nyní společně podívat, kdo vám v této náročné situaci může být oporou. V centru jste vy (zakresluje s klientem JÁ) a okolo vás zakreslíme osoby, o které se nejspíše můžete opřít, jsou vám nejblíže, důvěřujete jim.“*

„Jako další krok můžeme zmapovat, které osoby, jsou vám vzdálenější, ale i tak vám mohou poskytnout nějakou oporu (zakreslují do schématu dále od centra)... Kdo ještě?

...Kdo dál?“

„Dále můžeme zaznamenat do obrázku vzdálené osoby nebo instituce, na které se můžete také obracet.... Je ještě někdo, kdo vám v minulosti pomohl?.... Jaký odborník by vám mohl ještě pomoci?“

Pomáhající může nabízet podle svého uvážení profesionální nebo laické pomocníky, společně zakreslují.

„Zakreslete nyní do obrázku červenou tečku k těm osobám, které vám mohou poskytnout emoční podporu, vyslechnou vás...“

„Zelenou tečku u těch osob, které vám mohou pomoci prakticky.“

„Modrou tečku u osob, které vám mohou poskytnout potřebné informace.“

U některých osob bude více teček.

V závěru cvičení vytvořte spolu s klientem krizový plán, kdy a jak koho oslovit, požádat o pomoc nebo psychickou podporu.

Doporučujeme, aby si studenti roli po ukončení vyměnili.

Použité zdroje a doporučená literatura

BROWN, L.K., BROWN, M., 2014. Když dinosaurům někdo umře. Malá knížka o velkých starostech pro malé i velké. Praha: Cesta domů, 32 s.

CESTA DOMŮ, 2017. The Dougy Center for Grieving Children: 35 způsobů, jak pomoci truchlícímu dítěti. Praha: Cesta domů.

CESTA DOMŮ, 2018. Našemu dítěti zemřel sourozenec. SANDS. Praha: Cesta domů, 32 s.

GOLDMAN, L., 2015. Jak s dětmi mluvit o smrti. Praha: Portál, 88 s.

HRUŠKOVÁ, Z., POSLOVÁ, B., 2019. Diskuze na workshopu Truchlení mužů. Sympozium rodinných a systemických terapeutů, Vranov u Brna.

CHVÁLA, V., TRAPKOVÁ, L., 2008. Rodinná terapie a teorie jin-jangu. Praha: Portál, Praha, 248 s.

NAVRÁTIL, J., 2012. Životní situace pozůstalých otců. Magisterská diplomová práce,Brno. Dostupné na: http://www.dlouhacesta.cz/files/uploaded/UserFiles/DP_Navratil.pdf

SATIR, V., 2007. Společná terapie rodiny. Praha: Portál, 216 s.

SORENSEN, J., 2012. Vyrovnávání se dítěte se ztrátou a odloučením. Praha: Portál, 88 s.

ŠINDLEROVÁ, D., 2013. Životní situace rodiny po smrti dítěte očima jejích členů. Magisterská

diplomová práce, Brno. Dostupné na:
http://www.dlouhacesta.cz/files/uploaded/UserFiles/DP_Sindlerova.pdf

ŠPINKOVÁ, M., 2015. Anna a Anička. O životě na začátku a na konci. Praha: Cesta domů, 46 s.

TITL, S., 2014. Psychoanalytická párová terapie. Praha: Portál, 264 s.

TÓTHOVÁ, J., 2011. Transgenerační psychologie rodiny: transgenerační přenos vzorců rodinného traumatu a zdroje jeho uzdravení. Praha: Portál, 256 s.

TRAPKOVÁ, L., CHVÁLA, V., 2004. Rodinná terapie psychosomatických poruch, Praha: Portál, 227 s.

VON SCHLIPPE, A., SWEITZER, J., 2001. Systemická terapie a poradenství. Brno: Cesta, 252 s.

KAPITOLA 9 KOMPLIKACE V PROCESU TRUCHLENÍ

„Jsou to již dva roky, co nám zemřel náš syn během porodu. Po dohodě s lékařem jsem nyní otěhotněla. Přestože jsem myslela, že mi další miminko pomůže a bude mi psychicky lépe, nestalo se tak. Často brečím, člověk vidí stejně staré děti a ptá se proč....každým dnem mám větší a větší strach, aby se něco nestalo. Část mého srdce odešla s mým dítětem...“

OTÁZKY K ZAMYŠLENÍ

Může se matka někdy vyrovnat se smrtí miminka? A jak se pozná matka, která se ještě nevyrovnala?

Znáte někoho, kdo se nemohl se ztrátou někoho nebo něčeho vyrovnat? Proč myslíte, že to pro něj bylo tak těžké?

Definice základních pojmů:

Terminologie, definice a kritéria pro popis komplikovaného zármutku nejsou konzistentní. V literatuře se setkáme s pojmy: smutek abnormální, patologický, traumatický, chronický, atypický, nepřítomný, deformovaný, maladaptivní, prolongovaný, dysfunkční, neurotický, potlačený, opožděný apod. ***Komplikovaný zármutek*** se projevuje intenzivním truchlením a touhou po přítomnosti zemřelého spolu s častými prudkými a bolestnými emocemi překračujícími dobu, která je považována za adaptivní.

Odhaduje se, že 10 až 20 % lidí zvládá smutek a truchlení obtížně, mají nedostatečnou schopnost adaptace na těžkou životní situaci a mohou se u nich rozvinout vážné obtíže somatické nebo psychické (někdy až rázu duševní poruchy).

Diferenciálně diagnosticky by měl být komplikovaný zármutek odlišen především od duševních poruch, jako je depresivní a úzkostná nebo posttraumatická stresová porucha.

JAK SE POZNÁ KOMPLIKOVANÉ TRUCHLENÍ?

V prvních kapitolách jsme se zabývali běžným akutním truchlením. To nikdy neprobíhá lineárně, třeba jako chřipka, které se člověk zbaví a má od ní na čas pokoj. Truchlení vždy probíhá nelineárně, stavy, kdy se člověk cítí lépe, se střídají se stavy, kdy se cítí hůře. Postupně se však běžně celkový stav upravuje, a zejména po prvním roce od úmrtí většina lidí cítí zlepšení a úlevu, posun. Proces truchlení se někdy může zkomplikovat. Na rozdíl od akutního truchlení probíhá komplikované truchlení v delší době od ztráty (minimálně 6 měsíců, ale spíše déle), člověk necítí zlepšování, ale spíše se cítí stejně, nebo dokonce hůře než po ztrátě. Velká část jeho času je stále zaplněna představami a myšlenkami na zemřelého a na jeho úmrtí. Nedaří se mu fungovat v běžných činnostech ve více oblastech, jako jsou osobní život, pracovní, studijní, vztahy a další. V oblasti emocí stále ještě velmi silně touží po zemřelém, cítí velkou bolest spojenou s pocity viny, smutkem, vztekem, pocitem odmítnutí, těžko smrt přijímá, má pocit, že ztratil kus sebe sama, nemůže prožívat pozitivní pocity, cítí se emočně „plochý". Není schopen se zapojit do společenských aktivit.

Rizikové faktory

Kdo je více ohrožen komplikovaným truchlením? Pozůstalý, který...

- má v předchozí anamnéze depresi, poruchy nálady, úzkost, závislost na návykových látkách,
- zažil více ztrát v krátké době (vícečetná ztráta, např. úmrtí dvojčátek, nebo i kumulace různých druhů ztrát v posledním roce, např. úmrtí v rodině i ztráta zaměstnání, stěhování, rozchod...),
- úmrtí bylo náhlé a nečekané,
- samotná ztráta dítěte je významný faktor, stejně tak jako ztráta partnera.

Další rizikové faktory:

- tragičnost okolností smrti - souběh více událostí, dramatický průběh,
- nepochopitelnost úmrtí - nenachází se příčina,
- dlouhé umírání, jež vyčerpá emočně rodiče ještě před samotnou smrtí,
- ústřednost vztahu k miminku - vytoužené dítě, dlouho očekávané, vymodlené, nic jiného rodičům nechybí - jen to dítě...,
- pocity viny rodičů, nebo pokud vnímají, že měli způsob, jak úmrtí zabránit (smrt může být např. vnímána i jako důsledek nevěry nebo myšlenek na ni u některého z rodičů...nebo kdybych si nezapálila cigaretu, ne/jedla maso, nestresovala se...nebo kdybychom dítě tak úporně neplánovali...),
- rozporuplnost vztahu k miminku během těhotenství, např. pocity hněvu, že přišlo

v nevhodnou dobu, s nevhodným partnerem, strach, že nás omezí... Určitá míra rozporuplnosti a nejistoty je přítomna v těhotenství vždy, rozdíl je v tom, že po smrti miminka si tuto běžnou míru mohou rodiče začít vyčítat,
- jeden z rodičů nebo oba se upínají k roli rodiče jako k jediné smysluplné životní či sociální roli, na jejímž základě budují své další vztahy, vlivem úmrtí pak mohou ztratit ještě ty,
- nedostatečná sociální opora (zejména ze strany širší rodiny, specifická je role matčiny matky pro pozůstalou matku),
- nemožnost rozloučení se s miminkem,
- nevhodný či nedostatečný prostor a čas pro truchlení (např. nutnost péče o dalších mnoho osob, nemožnost být ani chvilku o samotě atd.),
- nemožnost či neschopnost vyjádřit své pocity.

Ochranné faktory

Kdo je méně ohrožen komplikovaným truchlením? Ten, kdo...

- má kvalitní informace o procesu truchlení,
- věnuje čas truchlení i čas obnově,
- nepropadá mýtům o truchlení, např. nesmím se radovat, musím se přetvařovat...,
- nezneužívá návykové látky,
- je pozorný ke svým emocím, neodhání je od sebe, respektuje je, přijímá je,
- přijímá sociální podporu a oporu,
- chápe konečnost smrti a postupně přijímá ztrátu.

JAK MŮŽEME KOMPLIKOVANÉ TRUCHLENÍ POZNAT?

Můžeme truchlícímu po několika měsících položit následující otázky:

- Jak těžké je pro vás přijmout fakt, že miminko už nežije?
- Jak moc vám zármutek zasahuje do života?
- Jak moc se vám vrací myšlenky a představy, které vás trápí a týkají se úmrtí a smrti?
- Existují nějaké činnosti nebo místa, která jsou spojena s životem vašeho miminka před tím, než zemřelo, do kterých se vám nechce a kterým se vyhýbáte? Nebo se raději nedíváte na fotografie, které jste měli, a nemluvíte o miminku? Jak moc se těmto věcem vyhýbáte?

- Jak moc se cítíte odříznuti a odcizeni od lidí od doby, kdy vám miminko zemřelo, a to dokonce i od blízkých lidí, jako jsou přátelé, rodina?

(Všimněte si, že se snažíme klást otevřené otázky, otevírající komunikaci a bez sugesce.)

Komplikované truchlení se snadno zamění za depresi a za posttraumatickou stresovou poruchu. Rozeznat by je měl dokázat psycholog nebo psychiatr.

Člověk s komplikovaným truchlením potřebuje odbornou pomoc, člověk s depresí a posttraumatickou stresovou poruchou potřebuje odbornou léčbu.

Verena Kastová (1987) se zabývala průběhem truchlení a jeho fázemi a také tím, co ho komplikuje.

Fáze truchlení	**Problémy, které se mohou vyskytnout**
Fáze popření - ztráta schopnosti vnímat, pociťovat, strnulost, člověk musí žít dál, jako by smrt nenastala.	Žije se dál, jako by se nic nestalo. Ztráta se odštěpí - nastává prázdnota. Zármutku je třeba se vyhýbat.
Fáze propukání chaotických emocí - bolest, vztek, úzkost, strach, hněv, radost, pocity viny, hledání viníka, neklid, poruchy spánku, náchylnost k infekcím. Emoční chaos je třeba vydržet a vyjádřit.	Neakceptované pocity emočního chaosu se potlačí - pak se objeví hněv a pocity viny. Emoční bouře se akceptují jen na počátku truchlení.
Fáze hledání, nalézání a odpoutávání - neschopnost myslet na nic jiného než na zemřelé miminko, hledání miminka ve snech, fantaziích, na fotografiích, na oblíbených místech, ve vyprávění. Otázka: Co ve mně miminko probudilo k životu? Co ze mě vydolovalo? Co přetrvává a neodchází spolu s ním?	Hledání sebe sama je velmi intenzivní, aby se člověk vyhnul nutnosti odpoutat se. Ztráta se neakceptuje. Na místo zemřelého nastupuje bolest.
Fáze nového vztahu k sobě a ke světu - ztráta se akceptuje. Bolest je možno a nutno obětovat. Skutečnost, že se opětovně překonávají bolestné pocity, lze akceptovat jako důkaz, že je možné připustit vzpomínky na vztah, na problémy, na šťastné chvíle. Myšlenky na další dítě a další vztahy se prožívají v napětí mezi touhou zcela se oddat, aby se už nic nepropáslo, a přáním raději nic nezačínat, aby nebylo nutné znovu truchlit.	Příliš málo se bere v úvahu „komplex opuštění". Málo se pamatuje na to, že truchlení je proces, který je možno opětovně vyvolat.

CVIČENÍ
(individuální)

Posuďte...

Zauvažujte, jak by na vás nejspíše působilo, kdybyste přišli do domácnosti, kde na ústředním místě stojí urna s popelem miminka zemřelého před 10 lety. Co byste si o procesu truchlení mysleli? Co byste cítili? Jak by reagovalo vaše tělo?

CVIČENÍ
(ve dvojici)

Kazuistika

Anna přišla o své první miminko ve 36. týdnu těhotenství. Příčinou byla abrupce placenty (předčasné odloučení placenty). Anna silně krvácela, byl jí proveden akutní císařský řez, jí samotné „šlo o život". Miminko se narodilo mrtvé. Anna se po fyzické stránce rychle uzdravovala a projevovala normální příznaky žalu. Po šesti měsících přichází s partnerem do gynekologické ambulance, chtějí se poradit o možnosti počít další dítě. Manžel Anny se zmíní o tom, že Anna často chodí po bytě, jako by držela dítě v náručí, promlouvá k němu a nevěří, že je miminko mrtvé. Manžel tvrdí, že další dítě by jim pomohlo tuto situaci zvládnout a přivedlo Annu na jiné myšlenky.

Jak budete jako zdravotníci postupovat? Jaká budou vaše doporučení rodičům a jakým způsobem je budete formulovat?

SEBEPÉČE

Instrukce můžete mít nahrané a pouštět si je nebo vám je může někdo pomalu a klidně předčítat. Zkuste si zajistit nerušené místo a nerušení během následujících asi 40 minut. Pokuste se celkově uvolnit vleže nebo vsedě. S každým výdechem si řekněte: „Jsem uvolněný/á." Proveďte několik výdechů. Až budete cítit uvolnění v celém těle, můžete si začít do podrobností představovat:

- jablíčko, mandarinku, tekoucí potok, větrník, skálu, duhu,
- pocity v ústech, jako byste kousali do jablka a cítili chuť v ústech, pocit, jako by mandarinková šťáva stékala do vašich úst, povalujete ji na jazyku, polykali byste ji, pocit z vody, jako byste ponořili ruku v létě do potoka a voda by omývala vaše prsty a dlaně a hřbet ruky, zápěstí, pocit větru, který by vám vlál ve vlasech nebo foukal okolo hlavy, pohled na skálu, na její vrchol i její části, kameny, průrvy, rostliny, keře a stromy, které ji porůstají, barvy duhy, které se postupně objevují, stávají se intenzivními a pak postupně mizí a ztrácejí se,

- vzrostlý strom, jeho tvar, tvar kmene a koruny, jeho kořeny pod zemí i kořeny, které jsou vidět na úrovni země, představte si kůru stromu, strukturu, představte si, jak se kůry dotýkáte, hladíte ji, jak je hladká a drsná, cítíte sílu stromu, cítíte jeho vůni. Můžete si představit, jak strom obejmete a vnímáte jeho energii. Také si můžete představovat, jak stromu odevzdáte všechno napětí, veškerou úzkost a stres, všechny starosti, které jsou nadbytečné, a vše, čeho se chcete zbavit, a strom si s nimi nějak poradí, odvede je pomocí kořenů do země. Země si s nimi poradí, možná je dovede do zemského jádra, kde se spálí žárem. Naopak ze stromu do vás může vstoupit jeho síla, energie, pevnost, zdraví, klid, vzpřímený postoj. Představte si sami sebe, jak odlišně stojíte, chodíte a mluvíte poté, co jste se zbavili nepotřebného a přijali sílu stromu.

Poté se protáhněte a otevřete oči. Neprodleně můžete strom namalovat a zkusit se pohybovat s pocitem síly a hrdosti stromu.

Použité zdroje a doporučená literatura

DRNKOVÁ, V., 2018. Truchlení nikdy nevymizí. Jde o to, najít cestu k přirozené adaptaci. Dostupné na: www.umirani.cz

HOLLINS MARTIN C., FORREST, E., 2012. An Interactive workbook to shape bereavement care for midwives in clinical practice. Materiál zaslaný autorkou, 91 s.

HOROWITZ, M. J., a kol., 2003. Diagnostic Criteria for Complicated Grief Disorder. Focus 1(3): 290-298.

KASTOVÁ, V., 2010. Krize a tvořivý přístup k ní. Praha: Portál, 167 s.

KRISTJANSON, L. a kol., 2006. A Systematic Review of the Literature on Complicated Grief. Commonwealth of Australia. Dostupné na: http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/CA2574CE001979C5CA25716B007662BA/$File/grfall.pdf

ŠPATENKOVÁ, N., 2013. Poradenství pro pozůstalé. Praha: Grada, 223 s.

WORDEN, W., 2013. Smútkovo poradenstvo a smútkova terapia. Trenčín: Vydavateľstvo F, 27 s.

KAPITOLA 10 ODBORNÁ A LAICKÁ POMOC RODIČŮM

„Po psychické stránce mě zdravotníci nijak zvlášť nepodporovali. Musela jsem se s tím vyrovnat sama. Navštěvovala jsem psycholožku, ale bylo to z mé vlastní iniciativy a sama jsem ji vyhledala. V nemocnici mi návštěvu psychologa neporadili.“

OTÁZKY K ZAMYŠLENÍ

Jaké výhody/nevýhody může mít odborná psychologická pomoc pro truchlící rodiče?

Jaké výhody/nevýhody může mít pomoc laická (rodiče, kteří také prožili ztrátu miminka)?

Definice základních pojmů:

Krizová intervence je odborná pomoc člověku, který se ocitl v situaci, kterou vnímá jako krizovou. Pokud se děje prostřednictvím konzultací, je obvykle ohraničena 5-15 konzultacemi (názory odborníků na počet konzultací jsou různé). Od krátkodobé psychoterapie se liší použitými přístupy a metodami a menším počtem konzultací (okolo 20 konzultací v krátkodobé psychoterapii).

První psychická pomoc (PPP) je počáteční část krizové intervence nebo krizové pomoci. Základem PPP jsou principy jako například projevení lidskosti, podpora, připomínání reality, péče a praktická pomoc, podání informací, předání do následné péče. PPP může poskytnout a také poskytuje zasaženému kdokoliv, třeba i intuitivně. Existuje dokonce volně a zdarma přístupná aplikace PPP na mobilní telefony. Profesionálové z pomáhajících oborů se v PPP vzdělávají.

Psycholog je absolventem studia na filozofické fakultě, obor psychologie, studium může být jednooborové (jen psychologie) nebo dvouoborové (např. psychologie a český jazyk). Psycholog nepředepisuje léky, může zadat diagnostický test a provést psychologické vyšetření. Může a nemusí být současně psychoterapeutem, záleží na tom, zda absolvoval psychoterapeutický výcvik. Psycholog pracující ve zdravotnictví musí absolvovat speciální kurz pro psychology ve zdravotnictví. Má titul Mgr. nebo PhDr.

Klinický psycholog je jednooborový (vystudoval jednooborovou psychologii na filozofické fakultě) psycholog, který úspěšně složil zkoušku - atestaci klinického psychologa. Může pracovat i samostatně, pokud složí ještě zkoušku z funkční specializace ve zdravotnictví (a může tak získat smlouvu se zdravotní pojišťovnou). Psychiatr je lékař, absolvent lékařské fakulty, se specializací na psychiatrii. Může předepisovat léky. Může a nemusí být současně psychoterapeutem, záleží na tom, zda absolvoval psychoterapeutický výcvik. Má titul MUDr.

Psychoterapeut je psycholog, psychiatr nebo absolvent jiného oboru studia, nejčastěji některého z humanitních oborů, který úspěšně prošel náročným, dlouhodobým a systematickým výcvikem v psychoterapii, pracoval pod supervizí a supervizi při své práci využívá. Je mnoho psychoterapeutických směrů, škol a výcviků, některé z nich jsou akreditovány.

PSYCHOTERAPIE A PORADENSTVÍ

Psychoterapie jako slovo znamená léčbu psychologickými prostředky, verbálními a neverbálními. Prakticky se však klient léčí zejména s pomocí psychoterapeuta, který používá přístupy některých psychoterapeutických směrů, v nichž je vycvičen, a léčebně působí také silné pracovní spojenectví - terapeutický vztah - mezi klientem a terapeutem s jeho dynamikou a jeho krizemi.

Párová psychoterapie. Klientem psychoterapie nejsou dva lidé ve vztahu, ale právě jejich vztah. Je více směrů párové terapie, které pracují odlišně (např. psychoanalytická a systemická psychoterapie).

Rodinná psychoterapie. Klientem psychoterapie nejsou lidé ve vztahu, ale právě jejich rodina s jejich vztahy. Opět je více směrů psychoterapie.

Dětská psychoterapie. Klientem terapie je dítě ve svých vztazích. Terapeut s dítětem často pracuje formou hry, kreativní činnosti, kresby atd.

Rozdíl mezi poradenstvím a psychoterapií není velký, někdy se poradenství a psychoterapie v něčem překrývají. V psychoterapii obvykle nedostanete radu a návod, ale psychoterapeut se bude snažit vytvořit tak bezpečný, podpůrný a někdy konfrontující prostor pro to, abyste si směr své další životní cesty našli sami nebo objevili

vnitřní zdroj síly, stability a svépomoci. V poradenství můžete očekávat rady a návody, tipy pro vaše další směřování.

Podle Hašta (2005) by poradenské konzultace měly být naplánované a být minimálně tři tak, aby se první uskutečnila bezprostředně ihned po smrti dítěte, druhá za 2-3 dny poté, když pomine fáze šoku a omámení, a poslední po několika měsících. Měli by (podle možností a zájmu) být přítomni oba rodiče, aby se tak podpořilo společné truchlení. Naše zkušenosti jen potvrzují, že společné konzultace preventivně mohou působit také proti rozpadu páru, který je zatížen náročnou situací. Konzultací může být i více, pokud je rodičovský pár nebo jednotlivec potřebuje. Pokud by byly plánované jen tři, je vhodná doba třetí konzultace za 2-3 měsíce, kdy se již začíná ukazovat, zda se truchlení ne/mění v komplikované truchlení, případně zda se ne/vyskytuje u některého rodiče posttraumatická stresová porucha. V této době je také již možné s odstupem reflektovat i vzpomínky na postup personálu, komunikovat případné pocity hněvu a lítosti. Zařízení, v nichž zdravotníci dokáží přijmout pocity hněvu rodičů zaměřené i vůči nim, přestože nic nezavinili, a v nichž zdravotníci dokáží přiměřeně projevit lítost nad smutnou situací, mívají obvykle menší starosti s žalobami a stížnostmi. U třetiny matek se mohou také vyskytnout další potíže, jako jsou úzkosti, různé fobie, obsese, deprese. Stav matky také ovlivňuje další členy rodiny, zejména další děti v rodině. Matky mohou ignorovat další děti v rodině, odmítat je. Někdy závažné poruchy po úmrtí miminka mohou ukazovat na nešťastné vlastní dětství matky či nešťastné současné partnerství. V takovém případě bude terapeutická pomoc vhodná.

Může se stát, že po úmrtí miminka bude matka další těhotenství odmítat, bránit se mu přímo anebo vědomě (viz copingové strategie) i nepřímo anebo nevědomě (viz obranné mechanismy).

Předání do následné odborné psychiatrické a psychologické nebo psychoterapeutické péče by mělo být zváženo a nabídnuto jen v odůvodněných případech citlivě a tak, aby se zasažený člověk necítil stigmatizovaný („jako blázen"). Je výhodné, pokud pomáhající předává ženu/rodiče do péče odborníka nebo organizace, kterou zná, a ještě lépe, pokud si předem ověří, že bude mít na zasaženého člověka čas a kapacitu. Je vhodné, aby se zasažený člověk objednal sám (pokud je k tomu kompetentní).

Psychosociální intervenční služba

Ve zdravotnictví se rozvíjí systém psychosociální intervenční služby, který poskytuje prostřednictvím vyškolených zdravotníků podporu nejen příbuzným, známým nebo svědkům náhlých tragických událostí (poškození zdraví v důsledku nehody, náhlého onemocnění nebo úmrtí), ale také samotným pomáhajícím profesionálům. Krizoví interventi nabízí a poskytují podporu v rovině odborné první psychické pomoci akutně psychicky zasaženým blízkým pacientů nebo zemřelých.

V systému psychosociální intervenční služby je poskytována také kolegiální (tzv. peer) péče všem zdravotníkům, které zasáhla těžká, především profesní, zkušenost. Zdravotníci, kteří se setkají se stresující, neobvyklou situací, která souvisí např. se zoufalstvím truchlících rodičů a s vlastní bezmocí, se mohou obrátit na vyškolené kolegy (peery). Poskytovaná podpora je nejčastěji individuální, jednorázová a směřuje ke zmírnění stresu, stabilizaci a obnově fungování zasaženého zdravotníka.

Laické poradenství a svépomoc

„Snažte se ty první týdny a měsíce jen přežít, nečekejte, že to přejde hned, o všem hodně mluvte, a pokud lidé okolo vás nevědí, jak se k vám chovat, doporučuju, abyste o tématu začali raději sami. A hlavně bych řekla, že ta prvotní šílená bolest prostě jednou přejde. Pocit, že to už nikdy nebude lepší, byl totiž ten hlavní a nejhorší." (Vzkaz matky, která prožila ztrátu miminka, ostatním rodičům.)

Někteří rodiče odmítají odbornou psychologickou pomoc a zdůrazňují zkušenost „vlastní" ztráty. Vyhledávají tedy pomoc a podporu někoho, kdo ztrátou miminka také prošel. Proto v dnešní době řada truchlících nachází pomoc především ve svépomocných skupinách. Ve světě se začala rozrůstat síť svépomocných skupin již od šedesátých let dvacátého století. Toto hnutí laické péče výrazně ovlivnilo pohled na truchlení, bylo provozováno truchlícími pro truchlící. První organizace byly určeny vdovám a truchlícím rodičům po ztrátě dítěte. Ve světě jsou představenstva těchto organizací zahrnuta do plánování služeb pro pozůstalé na národní úrovni a ovlivňují i teoretické názory na povahu zármutku. Organizace, které se zabývají podporou rodičů po perinatální ztrátě ve světě, jsou např. SHARE – Pregnancy and Infant Loss Support nebo Stillbirth and Neonatal Death Society (SANDS).

V České republice vzniklo občanské sdružení Dlouhá cesta (nyní zapsaný spolek), které poskytuje podporu formou svépomoci rodičům při úmrtí dítěte, až v roce 2005. Pro rodiny po perinatální ztrátě je realizován v rámci sdružení Dlouhá cesta projekt Prázdná kolébka od roku 2007.

Ve svépomocných skupinách pro truchlící získává jedinec možnost svůj příběh sdílet a spoluprožívat s ostatními, překonává osamělost a izolaci a pocit, že je „jiný" než ostatní. První kontakty probíhají v současné době přes internet, což přináší možnost navázat kontakt ve chvíli, kdy to klient/ka potřebuje. Pokud chce, může zůstat v anonymitě, má k dispozici příběhy ostatních matek, může poskytnout příběh svůj, má možnost se kontaktovat přímo s jedním z laických poradců, zúčastnit se setkání ve skupině „face to face". *„Ve svépomocných skupinách platí principy rovnoprávnosti, vzájemné pomoci, výměny zkušeností a prožitků a výměny informací."* (Bártlová, 2005, s. 103). Základními principy svépomoci jsou: nezávislost, autenticita, naděje, solidarita. Pomoc je poskytována většinou po neomezeně dlouhou dobu, je stálá, trvalá, podporuje sebepéči a přirozeným způsobem i sociální rehabilitaci.

„Plačte, mluvte spolu, mluvte o dítěti, které jste ztratili. Neizolujte se a své trápení prožívejte společně, a ne každý tiše, o samotě. Své přátele co nejdříve informujte, jaká se stala tragédie a že nechcete, aby se vás kvůli tomu stranili. A řekněte jim, co si přejete (jestli mají o děťátku mluvit nebo ne apod.), abyste jim ulehčili setkání s vámi." (Vzkaz matky, která prožila ztrátu miminka, ostatním rodičům.)

Ve spolku Dlouhá cesta v rámci projektu Nejste sami působí dobrovolníci - rodiče nebo příslušníci rodin, kteří mají vlastní zkušenost a přežili smrt dítěte v rodině. Laičtí poradci jsou zde vyškolení rodiče, kteří ztrátu dítěte zažili před více než 13 měsíci, prošli psychologickými testy a podrobují se dvakrát ročně supervizi. Pomáhají rodičům zemřelých dětí individuálně formou osobního kontaktu, telefonicky, mailem nebo na svépomocných setkáních rodičů, rekondičních víkendech atd. Laickým poradcům to také pomáhá v jejich zármutku, cítí se skrz svou zkušenost užiteční pro další podobně osudem postižené rodiče. V rámci školení a supervize se také učí rozpoznat, kdy jejich klienti potřebují odbornou psychologickou, psychiatrickou či psychoterapeutickou péči.

Poradenství pro pozůstalé

V Národní soustavě kvalifikací byla nově v roce 2012 zveřejněna profesní kvalifikace Poradce pro pozůstalé. Cílem odborného poradenství a péče o pozůstalé je dosažení co nejlepší kvality života pozůstalého. Profesionální poradce pro pozůstalé je speciálně vyškolený expert, který musí naplňovat jisté osobnostní, ale i odborné

kompetence. Tito profesionálové poskytují pomoc ve všech čtyřech oblastech: psychické, pragmatické, informační a ekonomické. Rodiče se tedy mohou obracet i na tyto odborníky, kteří je doprovázejí samostatně a systematicky pod dohledem supervizora při úmrtích, při přípravě pohřebních obřadů a při práci se zármutkem.

Jsou rodiče, kteří nikdy nevyhledali žádnou odbornou ani laickou pomoc, a přesto jsou v pořádku. Vyhledání pomoci je jejich volbou, která by měla vycházet z jejich potřeby.

Z

CVIČENÍ
(individuální nebo skupinové)

Kontakty vhodné pro rodiče

V kapitole č. 3 jste vypracovali plán péče o rodiče, nyní do plánu přidejte kontakty na poskytovatele laické a odborné pomoci ve vašem regionu. Pokuste se zjistit kontakt na klinického psychologa, psychiatra, poradce pro pozůstalé, laickou poradkyni nebo svépomocnou skupinu ve vašem regionu.

P

CVIČENÍ

Beseda

Pozvěte na besedu se studenty např. laické poradkyně ze spolku Dlouhá cesta. Laické poradkyně - dobrovolnice a dobrovolníci, kteří mají vlastní zkušenost s úmrtím miminka, nejprve prochází speciálním kurzem, absolvují vstupní testy, setkávají se na pravidelných supervizích. Jsou tedy připraveni pomáhat ostatním rodičům, které zastihne taková událost, ale jsou také připraveni sdílet své příběhy s pomáhajícími a spolupracovat s nimi. Vhodné je předem se s těmito rodiči sejít nebo kontaktovat je a domluvit se na tématu besedy, na pravidlech (dobrovolnosti, možnosti kdykoliv besedu ukončit, pokud by se necítili dobře, hlídat si své hranice). Tato setkání bývají pro pomáhající velmi „silná" a přínosná. Doporučujeme zařadit debriefing s účastníky besedy po rozloučení se s rodiči.

P

CVIČENÍ
(individuální nebo skupinové, písemné)

Kontakty na krizová centra

Najděte ve svém okolí dvě pracoviště, která nabízejí krizovou intervenci, zjistěte adresy a telefonické kontakty, dobu, kdy jsou k dispozici klientům. Pokuste se je

kontaktovat a informujte se, zda mají zkušenost s krizovou intervencí, poskytnutou rodičům v případě úmrtí miminka.

Připište několik vět, kterými byste rodičům nabídli možnost péče laického poradce, psychoterapeuta, informovali je o službách krizového centra.

CVIČENÍ

Beseda

Pozvěte na besedu pracovníky z krizového centra (psychosociální intervenční služby místní nemocnice, z krajského krizového centra). Požádejte je, aby představili studentům možnosti jejich pomoci v případě péče o truchlící a pozůstalé rodiče, vysvětlili kompetence krizových interventů. Jakým způsobem je možné je kontaktovat?

Jak probíhá spolupráce? Co očekávají pracovníci krizového centra od zdravotníků a naopak?

SEBEPÉČE

Postavíme se vzpřímeně asi na šířku boků, kolena jsou mírně povolená, čelist uvolněná, dolní čelist až mírně pokleslá, dýcháme volně. Do tohoto základního postoje se po každé části vracíme zpět. Každý si hlídá svá zdravotní omezení a nepřekračuje je. Nejprve třeseme dominantní rukou (kterou píšeme) tak, jako bychom ji měli mokrou a chtěli sklepat kapky dolů, postupně rozšíříme třes na celou paži. Celkem asi 15 vteřin. Vrátíme se do základního postoje a pozorujeme rozdíl mezi levou a pravou paží. Dýcháme přirozeně. Pak totéž s druhou rukou.

Nyní třeseme stejným způsobem s jednou nohou. Vracíme se do základního postoje. A totéž s druhou nohou. Pozorujeme rozdíly mezi oběma nohama.

Pak budeme třást pánví a boky. Jeden způsob je zachytit vnitřní třes těla a zvětšit ho a zvýraznit. Druhý způsob je třást boky, jako by nás někdo držel za boky a třepal s nimi. Opět cvičíme asi 10-15 vteřin a vrátíme se do základního postoje. Pozoruje vnímání těla, teplo, uvolnění, velikost vnímaných částí.

Dále podobným způsobem budeme třást a klepat rameny. Zas se vracíme do základního postoje.

Nyní budeme uvolňovat krk. Hlavu položíme na jedno rameno, ramena nezvedáme. Budeme dělat kruh v krajní poloze velmi pomalým tempem. Když narazíme na zatuhlé místo, zůstaneme u něj a budeme provádět velmi pomalu velmi malé pohyby asi 1 cm sem a tam, dokud se místo neuvolní, pak pokračujeme v původním směru dále. Když dokončíme kruh v jednom směru, totéž provedeme ve směru opačném. Když narazíme na zatuhlé místo, zůstaneme u něj a budeme provádět velmi pomalu velmi malé pohyby asi 1 cm sem a tam, dokud se místo neuvolní, pak pokračujeme v původním směru dále. Postavíme se do základního postoje.

Čeká nás vytřásání hlavy, nejprve si poslechneme instrukci a pak provádíme individuálním tempem. Představíme si, jako bychom měli na zádech batoh nebo krosnu plnou svých starostí. Zkusíme si za zavřenýma očima představit, co vše obsahuje. Pak se předkloníme a představíme si, že se batoh propadl do země, která si se starostmi nějak poradí. Uvolníme hlavu tím, že s ní pohybujeme. Vytřásáme hlavu a vlasy asi 15 vteřin. Otevřeme oči. Poté se začneme zvedat opět velmi pomalým tempem. Když narazíme na zatuhlé místo, zůstaneme u něj a budeme provádět velmi pomalu velmi malé pohyby asi 1 cm sem a tam, dokud se místo neuvolní, pak pokračujeme v původním směru dále, až se úplně vzpřímíme. Postavíme se do základního postoje. Položíme si dlaně na obličej a představujeme si, že ruce sundají z obličeje nános, který je na obličeji jako maska. Buď ji mohou shrnovat a rolovat nebo rychleji strhnout.

Představíme si, co se pod maskou objevilo.

Posadíme se nebo na chvilku položíme a necháme doznít.

Použité zdroje a doporučená literatura

BÁRTLOVÁ, S., 2005. Sociologie medicíny a zdravotnictví. Praha: Grada, 188 s.

Č'-ČCHANG, L., 2016. Sedni si a nedělej nic. Praha: Anch Books, 156 s.

HALLOVÁ, J., 2019. Dýchání. Praha, Esence, 144 s.

HAŠTO, J., 2005. Vzťahová väzba. Trenčín: Vydavateľstvo F, Pro mente sana s.r.o., 300 s.

HOFFMANN, R., GUDAT, U., 2003. Bioenergetická cvičení. Praha: Portál, 96 s.

LEVINE, P.A., KLINEOVÁ, M., 2012. Trauma očima dítěte. Praha: Maitrea, 611 s.

LEWIS, D., 2000. Tao dechu. Praha: Pragma, 160s.

ŠPATENKOVÁ, N., 2013. Poradenství pro pozůstalé. Principy, proces, metody. Praha: Grada, 224 s.

WORDEN, W., 2013. Smútkovo poradenstvo a smútkova terapia. Trenčín: Vydavateĺstvo F, 27 s.

KAPITOLA 11 PÉČE O RODINU V DALŠÍCH TĚHOTENSTVÍCH

„Mám takový výčitky teď vůči tomu prckovi, že to těhotenství prožívám úplně jinak. Bojím se každého ultrazvuku, kdykoliv se jako nehejbá, začínám si říkat, jo, jo, jo. Pak je takový doktor v tý nemocnici na ultrazvuku, že deset minut nic neříká a jezdí po břiše a nic neříká. Kdyby cokoliv říkal, tak dobrý."

OTÁZKY K ZAMYŠLENÍ

Těhotenství, které následuje po perinatální ztrátě, je označeno za rizikové. Jaké to má výhody a nevýhody?

Která období mohou být v těhotenství, které následuje po perinatální ztrátě, pro ženu psychicky a emočně náročná? Jak se mohou projevovat obavy a strach ženy v komunikaci se zdravotníky?

Definice základních pojmů:

Rizikové těhotenství (low-risk) je stav, kdy těhotenství ženy je zatížené biologickými či sociálními rizikovými faktory v anamnéze, které zvyšují pravděpodobnost vzniku patologického těhotenství. Tato těhotenství vyžadují preventivní péči (některá vyšetření vyžadují opakování), frekvence kontrol je závislá na aktuálním vývoji zdravotního stavu ženy.

Patologické těhotenství (high-risk) je stav charakterizovaný přítomností patologických klinických nebo laboratorních výsledků. Tento stav může být již preexistující (chronická onemocnění ženy před otěhotněním) nebo vznikl v průběhu nynějšího těhotenství (krvácení, předčasný odtok vody plodové, preeklampsie apod.). Tato těhotenství vyžadují léčebná opatření.

Každé těhotenství, které následuje po perinatální ztrátě, je označeno jako rizikové.

PŘÍPRAVA NA DALŠÍ TĚHOTENSTVÍ

Po porodu mrtvého miminka nebo miminka, které zemřelo krátce po porodu, se rodiče setkávají se zdravotníky (gynekologem, porodní asistentkou) většinou na pravidelné kontrole po šesti týdnech po porodu. Schůzka s lékařem po šestinedělí by

měla probíhat v klidném prostředí a lékař by měl mít na pacientku vyčleněn dostatek času (30–60 minut). Měl by mít k dispozici všechna vyšetření a výsledky. Předpokládá se také přítomnost porodní asistentky, která má za úkol podporu páru a zajištění jejich komfortu.

Zdravotníci by měli kromě somatického stavu ženy provést také kontrolu stavu psychického. Mohou položit například otázku: Jak zvládáte zármutek? – Co vám pomáhá vyrovnat se se ztrátou miminka? – Jakou oporou jste si navzájem v rodině? V průběhu rozhovoru se ženou sledují lékaři nebo porodní asistentky příznaky komplikovaného zármutku (viz kapitola č. 9). Rozhodující pro doporučení dalšího postupu bude přání ženy/rodičů, zda chtějí, či nechtějí psychoterapeuticky pracovat na svém zármutku. Je možné opět odkázat rodiče na laickou nebo odbornou pomoc a podat konkrétní informace.

Diagnostickým prostředkem pro zjištění psychického stavu ženy/rodičů po perinatální ztrátě je odborníky v řadě zemí doporučována Perinatal grief scale (Toedter a kol., 1989). Škála byla přeložena do řady jazyků, validizována v řadě zemí a hodnocena jako vysoce spolehlivá z hlediska vnitřní konzistence. Česká verze Škály perinatálního zármutku může sloužit jako instrument, který by pomáhajícím pomohl při posuzování psychického stavu ženy. Studie ukazují, že žen, které trpí extrémní úrovní zármutku po perinatální ztrátě a potřebují podporu a pomoc zdravotnickým systémem, je okolo 10 %.

ŠKÁLA PERINATÁLNÍHO ZÁRMUTKU

(česká krátká verze Perinatal Grief Scale, CzSVPGS)

Instrukce pro vyplnění

Zaznamenejte prosím současné myšlenky a pocity týkající se vaší ztráty.

Každá z položek je výrok či tvrzení vyjadřující myšlenky a pocity, které prožívají lidé po ztrátě, jako je ta vaše. Na uvedené výroky neexistují žádné správné nebo špatné odpovědi. U každé položky tedy zakroužkujte číslici, do jaké míry v současné době souhlasíte, či nesouhlasíte s uvedeným tvrzením či výrokem. Pokud si nejste jisti, použijte kategorii „nevím“. Prosím, pokuste se tuto kategorii používat skutečně co nejméně, pouze když opravdu nebudete mít žádný názor a nic nebude vystihovat vaše pocity.

		Zcela souhlasím	Souhlasím	Nevím	Nesouhlasím	Zcela nesouhlasím
1.	Jsem smutná.	1	2	3	4	5
2.	Je pro mě obtížné snášet se s některými lidmi.	1	2	3	4	5
3.	Cítím prázdnotu.	1	2	3	4	5
4.	Nedokážu vykonávat běžné aktivity a pokračovat v nich.	1	2	3	4	5
5.	Cítím potřebu hovořit o svém dítěti.	1	2	3	4	5
6.	Truchlím po svém dítěti.	1	2	3	4	5
7.	Jsem vystrašená.	1	2	3	4	5
8.	Uvažuji od ztráty dítěte o sebevraždě.	1	2	3	4	5
9.	Užívám léky na své psychické potíže.	1	2	3	4	5
10.	Velice se mi stýská po dítěti.	1	2	3	4	5
11.	Cítím, že se postupně dobře se ztrátou dítěte vyrovnávám.	1	2	3	4	5
12.	Je pro mě bolestné vracet se ve vzpomínkách ke ztrátě dítěte.	1	2	3	4	5
13.	Když vzpomínám na dítě, jsem rozrušená.	1	2	3	4	5
14.	Když vzpomínám na dítě, pláču.	1	2	3	4	5
15.	Když vzpomínám na dítě, cítím jistou vinu.	1	2	3	4	5
16.	Když vzpomínám na dítě, cítím se fyzicky špatně.	1	2	3	4	5
17.	Od ztráty dítěte se necítím bezpečně v životě, cítím se zranitelná.	1	2	3	4	5
18.	Pokouším se smát a být veselá, ale nic se mi nezdá zábavné.	1	2	3	4	5
19.	Čas od úmrtí dítěte ubíhá velice pomalu.	1	2	3	4	5

20.	Nejlepší část mě samotné zemřela s mým dítětem.	1	2	3	4	5
21.	Nevšímám si ostatních lidí, přestali mě zajímat od té doby, co mi zemřelo dítě.	1	2	3	4	5
22.	Od úmrtí dítěte se cítím bezcenná.	1	2	3	4	5
23.	Obviňuji sama sebe za smrt dítěte.	1	2	3	4	5
24.	Zlobím se více na své přátele a příbuzné, než bych měla.	1	2	3	4	5
25.	Někdy mám pocit, že potřebuji profesionální pomoc, která by mě pomohla vrátit se zpět do mého života před ztrátou dítěte.	1	2	3	4	5
26.	Od té doby, co mi zemřelo dítě, se cítím, jako bych jen přežívala a skutečně nežila život.	1	2	3	4	5
27.	Od úmrtí svého dítěte se cítím tak osamělá.	1	2	3	4	5
28.	Cítím se poněkud izolovaná a osamělá, dokonce mezi přáteli.	1	2	3	4	5
29.	Je bezpečnější nemilovat.	1	2	3	4	5
30.	Shledávám obtížným činit jakákoli rozhodnutí od úmrtí svého dítěte.	1	2	3	4	5
31.	Bojím se budoucnosti.	1	2	3	4	5
32.	Být truchlící rodič znamená být druhořadý a podřadný člověk.	1	2	3	4	5
33.	Je skvělý pocit žít.	1	2	3	4	5

Instrukce pro skórování

Celkového skóre škály perinatálního zármutku je dosaženo obrácením všech položek kromě 11 a 33. Tím, že se obrátí položky, vyšší skóre nyní odráží intenzivnější žal. Pak skóre sečtěte. Výsledkem je celkový počet bodů s možností rozpětí 33 až 165 bodů. Autoři škály upozorňují, že počet bodů vyšší než 91 může indikovat vyšší zranitelnost jedince ve vztahu k perinatální ztrátě. Pak je doporučeno využít ve větší míře sociální oporu blízkých, laickou nebo odbornou psychologickou pomoc.

Uživatelé mohou reprodukovat škálu bez dalšího povolení za předpokladu, že respektují autorská práva tím, že citují jména autorů, název a zdroj ve všech reprodukovaných kopiích.

Potvin, L., Lasker, J., Toedter, L., 1989. Measuring Grief: A Short Version of The Perinatal Grief Scale. J Psychopathol Behav Assess, 11(1): 29–45.

Ratislavová, K., Kalvas, F., Beran, J., 2015. Validizace české krátké verze škály perinatálního zármutku. Cent. Eur. J. Nurs. Midwifery, 6(1):191–200.

Z

CVIČENÍ
(ve dvojici)

Posuďte, v jakém ohledu může být Škála perinatálního zármutku přínosná.
Kdy využít tuto škálu? Které otázky nám mohou pomoci identifikovat možný komplikovaný zármutek?

Lékař podává ženě/rodičům již při první kontrole na konci šestinedělí doporučení o dalším těhotenství (*„I když na to možná zatím nemyslíte, je důležité poskytnout vám nějaké informace o dalším těhotenství.“*). Management dalšího těhotenství je závislý na příčině porodu mrtvého dítěte nebo časného novorozeneckého úmrtí. Lékaři se často zaměřují jen na doporučení, která se týkají somatického stavu ženy, ale nutné je brát v úvahu rekonvalescenci psychickou. Je dobré, když si žena/rodina dá svůj jedinečný čas na smíření se ztrátou. Další těhotenství může být emoční vzpruhou, ale truchlení by mohlo být takto potlačené a mohlo by se později v budoucnosti nečekaně vrátit.

TĚHOTENSTVÍ PO PERINATÁLNÍ ZTRÁTĚ

Těhotenství po porodu mrtvého miminka nebo po úmrtí novorozence je vždy plánováno a následně sledováno s ohledem na příčinu úmrtí dítěte. Těhotenství po perinatální ztrátě bývá pro rodiče velmi stresující a je často komplikováno úzkostí, depresí a posttraumatickou stresovou poruchou u obou rodičů. Časná koncepce po perinatální ztrátě, zkušenost s pozdní těhotenskou ztrátou a vyšší počet ztrát jsou rizikové faktory pro komplikovaný zármutek, vysokou úzkostnost a slabé připoutání k dítěti v dalším těhotenství. Potíže emočně investovat do těhotenství a připoutání k dítěti je obranným procesem, který má ženu chránit před možností další případné ztráty. Žena/rodiče by měli být poučeni o tom, že je doporučován psychoterapeutický doprovod nebo individuální předporodní podpora porodní asistentkou během dalšího těhotenství.

Rodiče často oceňují během péče v těhotenství, které následuje po perinatální ztrátě, pokud o ně pečuje informovaný personál, který zná jejich osobní historii. Zdravotníci by neměli zapomínat, že kromě pečlivé kontroly zdravotního stavu těhotné ženy a plodu od nich rodiče očekávají citlivou komunikaci, emoční podporu a ujištění. Pramení to z obav, strachu a nejistoty, kterou rodiče často po předchozí zkušenosti zažívají. Velmi často potřebují rodiče emočně podpořit především v obdobích těhotenství, kdy došlo k předchozímu úmrtí, v době výročí úmrtí dítěte, při ultrasonografických kontrolách (především pokud bylo úmrtí diagnostikováno ultrazvukem) apod.

Při plánování rodičovství po perinatální ztrátě je potřeba zohlednit připravenost celé rodiny. Abnormální odpovědí na žal není ani rozhodnutí rodičů nepodstoupit další těhotenství. V jejich rozhodnutí je nutné rodiče podpořit s tím, že tuto volbu mohou později kdykoliv změnit.

Z

CVIČENÍ

(ve dvojici)

Posuďte výsledky výzkumu.

Co nám říkají a o čem nevypovídají? Co může vést rodiče k časné snaze o znovuotěhotnění po perinatální ztrátě a co k jeho odkládání?

WHO (2007) doporučuje, aby ženy s dalším těhotenstvím počkaly nejméně 2 roky po porodu živého dítěte a nejméně 6 měsíců po potratu nebo interrupci, aby se snížilo riziko nepříznivých zdravotních dopadů na následné těhotenství.

V roce 2019 byla publikována ve vědeckém časopisu mezinárodní studie, která zkoumala souvislost mezi intervalem mezi porodem mrtvého plodu a dalším těhotenstvím a výsledky porodu v následujícím těhotenství. Bylo analyzováno 14 452 porodů žen, které prožily porod mrtvého plodu v předchozím těhotenství. Medián intervalu mezi porodem mrtvého plodu a dalším těhotenstvím byl 9 měsíců (ve srovnání s živě narozeným dítětem a dalším těhotenstvím, kdy byl medián intervalu 25 měsíců). U těchto žen 98 % těhotenství skončilo porodem živého dítěte, 2 % porodem mrtvého plodu, u 18 % žen byl porod předčasný a u 9 % žen byla diagnostikována intrauterinní růstová retardace plodu (SGA). Výsledky nejsou statisticky významně horší než u žen, které otěhotněly v intervalu 24 - 59 měsíců. Závěry ukazují, že otěhotnění do jednoho roku po porodu mrtvého dítěte je u žen běžné a není spojeno se zvýšeným rizikem nepříznivých výsledků v těhotenství.

Více: REGAN, K., GISSLER, M., MAGNUS, M.C. et al. Association between interpregnancy interval and adverse birth outcomes in women with a previous stillbirth: an international cohort study. Lancet 2019; 393: 1527–35.

DISKUZE VE SKUPINĚ

1. Co byste odpověděl/a rodičům na otázku: Je vhodné si hned pořídit další miminko?

Nebo: Kdy je na to ta nejvhodnější doba? Podpořte své odpovědi nějakým vysvětlením.

2. Máte nějaké pozitivní a negativní příklady toho, kdy si rodiče pořídili další dítě příliš brzy nebo kdy naopak dlouho početí dalšího dítěte zvažovali?

MODELOVÁ SITUACE

Klientka přišla již poněkolikáté o miminko, naléhavě se ptá, kdy a zda má počít další dítě. Chce, aby zdravotník rozhodl o tom, jak to má ona udělat.

Cíl: Nácvik komunikace s klientkou v procesu rozhodování o dalším těhotenství. Ponechání kompetencí k rozhodnutí na straně klientky, nabídka různých možností.

Další možné instrukce - parita, předchozí zkušenost, věk, sociální zázemí apod.

Skupiny o 3—4 účastnících:

1. student—zdravotník,
2. student—žena,
3. student—event. partner,
4. student—pozorovatel,

SEBEPÉČE

Pohodlně se posaďte, zavřete si oči a několikrát se zhluboka nadechněte a vydechněte. Uvědomujte si pocity ve svém těle. Pokud cítíte někde napětí, nadechněte se do tohoto místa a s výdechem je uvolněte. Zaměřte se na to, jak se v tuto chvíli cítíte.

Nyní si řekněte: *„Mám se dobře.“* Chvíli nechte tuto větu na sebe účinkovat. Ještě jednou si větu zopakujte. Teď zkuste další: *„Jsem vděčný/á za všechno, co mám.“* Vnímejte pocity a zaznamenejte všechny myšlenky, které se objeví. Pokud jsou negativní (např. „To je nesmysl, jak mohu být vděčný/á za …“ nebo „Nikdy se nebudu mít dobře.“), nechte je prostě odejít, nemusíte se jimi zabývat, pokračujte ve cvičení. Můžete vyzkoušet další věty: *„Jsem šťastný/á.“… „Cítím jistotu a bezpečí.“*… „Jsem odvážný/á.“ …Vymyslete si i své vlastní věty, které vyjadřují, jak se chcete cítit.

Nyní si představte teplé zapadající slunce, které je těsně nad obzorem, má zlatavou nebo temně oranžovou barvu a vyzařuje příjemné teplo. Zkuste si představit, že takové slunce máte také ve svém srdci. Nemusíte jej vidět, stačí, když ucítíte, jak ze srdce vyzařují teplé měkké paprsky do celého vašeho těla a příjemně jej prohřívají. Toto teplé světlo je laskavost a zaplňuje celé vaše tělo. I vzduch kolem vás je nasycen laskavostí. Vnímejte svůj dech...s nádechem, vdechujete laskavost a s výdechem, laskavost prostupuje celé vaše tělo. Ještě několikrát se zhluboka nadechněte a vydechněte, představujte si, jak celé vaše tělo je naplněno laskavostí. Lehce se usmívejte a pošlete úsměv do celého vašeho těla. Po chvilce zaměřte pozornost na to, jak se vaše tělo dotýká podložky a pomalu otevřete oči.

Použité zdroje a doporučená literatura

ADOLFSSON, A., 2011. Meta-analysis to Obtain a Scale of Psychological Reaction after Perinatal Loss: Focus on Miscarriage. Psychology Research and Behavioral Management 4: 29-39.

ARMSTRONG, D. S., HUTTI, M. H.; MYERS, J., 2009. The Influence of Prior Perinatal Loss on Parents Psychological Distress After the Birth of a Subsequent Healthy Infant. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing 38(6): 654-666.

GAUDET, C., 2010. Pregnancy after Perinatal Loss: Assotiation of Grief, Anxiety and Attachment. Journal of Reproductive and Infant Psychology 28(3): 240-251.

HENNESSEY, G., 2019. Mindfulness pro každý den. Malými kroky k velkým změnám. Praha: Portál, 112 s.

HUGHES, P.; COCKBURN J., 2007. The Next Pregnancy after Stillbirth. In COCKBURN, J., PAWSON, M., 2007. Psychological challenges in obstetrics and gynecology: the clinical management. London: Springer, s. 193 - 209.

RATISLAVOVÁ, K., 2016. Perinatální paliativní péče. Praha: Grada. 200 s.

TOEDTER, L., LASKER, N. J., 1989. Perinatal Grief Scale, 33 Item Short Version. [online] Government of Western Australia, Department of Health. Dostupné z: http://www.kemh.health.wa.gov.au/services/SOSU/documents/MPLNAP/4.5%20-%20Perinatal%20Grief%20Scale.pdf

KAPITOLA 12 ZÁTĚŽ A PÉČE O SEBE U POMÁHAJÍCÍCH

„...víme, že se to může stát, snažíme se na to připravit, ale raději na to nemyslet. “
„...nikdo nás neučil starat se o sebe, na prvním místě jsou vždy pacienti” (pomáhající)

OTÁZKY K ZAMYŠLENÍ

- Jak pečujete o sebe po všech stránkách?
- Zmapujte, čeho byste pro sebe chtěli dělat více.
- Kterých zdánlivých „povinností" byste se chtěli zbavit?
- Co děláte za ostatní a nemuseli byste?
- Kdy a při čem jste nejvíce uvolnění?
- Co byste dělali, kdybyste nemuseli dělat vůbec nic? S kým byste trávili nejvíce času?
- Pokud byste v současné době museli odjet na opuštěný ostrov, koho byste si s sebou vzali, kdybyste si mohli vzít pouze dva lidi?
- Jak vypadá místo, ať už skutečné, nebo představované, kde byste chtěli trávit chvíle odpočinku? Popište ho do nejmenších detailů. Nebo ho nakreslete, namalujte.
- Co děláte, když chcete „zabít" čas?
- Co děláte a pak toho času litujete?
- Pokud jste zažili supervizi, v čem vám nejvíce pomohla?
- Nebo napište příběh o tom, jak by se proměnil váš styl života, kdybyste si sami mohli zorganizovat pracovní den, týden.

Definice základních pojmů:

Supervize - původně pojem z jiných oborů, později přenesena do pomáhajících profesí v posunutém významu. Nejde zde o kontrolu a dohled, ale jedná se o pomoc pomáhajícím. V případě, že je péče o klienty anebo pacienty vyčerpává nebo emočně silně zasahuje (pozitivně i negativně), mohou jít k supervizorovi, který s nimi situaci a případ probere a zpracuje místa, kde se příběh pomáhajícího dotýká příběhu zasaženého. Cílem je, aby pomoc byla efektivní, aby byla zasaženému k užitku, aby pomoc neničila pomáhajícího a aby byla také nástrojem učení pro pomáhající. Může být individuální nebo

skupinová. Supervizor je vycvičen zvláštním výcvikem a dochází na supervizi supervize. Supervizor nemá být součástí týmu pomáhajících, přichází odjinud. Dosud píšeme o supervizi případové. Další možností je supervize týmová, která se zabývá děním v týmu a vztahy mezi členy týmu.

Intervize - jedná se o vzájemnou supervizi mezi kolegy v týmu, je součástí péče o tým, může být zatížena týmovou „slepou skvrnou", tj. místem, kde tým již má své vlastní automatické postupy a nenahlíží na ně s odstupem.

Stres - stav, který vzniká, když působí zátěž. Je to tělesná a duševní reakce na tuto zátěž. Krátkodobě pomáhá, pokud přetrvává dlouho, škodí. Reakce je vždy individuální.

Eustres - pozitivní stres, který způsobí, že dokážeme splnit úkol, zvládnout náročnou situaci.

Distres - negativní reakce na zátěž, demotivuje, unavuje, ničí kreativitu, působí paniku, vede k zneužívání prostředků rychlé úlevy (alkohol, drogy, sex bez vztahu...).

Syndrom vyhoření - soubor příznaků, který signalizuje celkové vyčerpání organismu, zejména pomáhajících v dlouhodobé zátěži. V mnoha případech se objevuje souběžně s depresí, obvykle prvními příznaky jsou psychosomatické projevy (zjednodušeně např. bolesti, když pro ně není z lékařského hlediska důvod) a necitlivost vůči svěřeným klientům či pacientům.

Náročná situace zasáhne každého, kdo se o ní dozví, ale zejména pomáhající, kteří jsou v přímém kontaktu s rodiči, miminkem, jeho tělem, s příbuznými. Je součástí práce pomáhajícího postarat se primárně o sebe, aby mohl pomáhat někomu jinému. Jsme nástrojem pomoci. O tento nástroj je třeba pečovat akutně i dlouhodobě. Není cílem se vyčerpat za pár let, ale vydržet v profesi v dobré celkové kondici po delší dobu profesní kariéry. Máme možnosti, jak si pomoci hned po náročné situaci (viz níže). Další možností je využít intervizi nebo supervizi. Supervizi doporučujeme ke zpracování zážitku zejména tehdy, pokud se s náročnou situací setkáváte prvně. V kapitole nabízíme i dlouhodobé možnosti péče o sebe celkově (bio-psycho-sociální a spirituální oblast).

Z CVIČENÍ

Test stresové zátěže

Najděte si v literatuře nebo na internetu nějaký test stresové zátěže případně test způsobů, jak ve stresu často reagujete a vyplňte jej. Zhodnoťte, jak na tom se stresem jste a co potřebujete, abyste stresu lépe čelili.

MODELOVÁ SITUACE

Klientka se vyptává na osobní záležitosti zdravotníka, chce si s ní(m) tykat, nabízí přátelství, různé výhody pro pomáhajícího.

Cíl: Nácvik komunikace s klientkou, která se snaží se zdravotníkem manipulovat.

Skupiny o 3 účastnících:

1. student—zdravotník,
2. student—žena,
3. student—pozorovatel.

Z CVIČENÍ

Knoflíčky (Ireland, 2016)

Pomůcka: krabička s různými knoflíky

Představte si nějakou situaci, která pro vás byla stresující. Nebojte, nebudete muset popisovat tuto situaci ostatním. Jen si ji představte. Před vámi je krabička s knoflíky. Podívejte se na ně a vyberte si ty, které se vám líbí, dotýkejte se jich. Vyberte jeden, který bude představovat vás a položte jej před sebe. Přemýšlejte, která osoba by vám pravděpodobně poskytla největší pomoc, podporu a pochopení ve stresující situaci. Položte knoflík, který by představoval tuto osobu, tak blízko k vašemu knoflíku, jak to cítíte. Pak vyberte další knoflíky, které mohou představovat další možné zdroje opory pro vás (rodina, přátelé, kolegové, známí, ale také knihy, zájmy, víra apod.), a pokládejte je ke svému. Zamýšlejte se nad každým položeným knoflíkem (co nebo koho představuje). Na konci cvičení má každý student před sebou reprezentaci své podpůrné sítě s různými knoflíčky, které představují zdroj pomoci. Po ukončení cvičení si mohou například studenti nechat knoflíčky u sebe a mohou se k nim vždy ve složitých situacích vracet.

Toto cvičení můžeme provádět i se zasaženými rodiči podobným způsobem.

JAK SE O SEBE POSTARAT PŘÍMO PO NÁROČNÉ KOMUNIKACI?

- Věnuji pozornost dechu. Dýchám hluboce a pomalu.
- Zakotvím se ve svém těle, zaujmu pevný postoj. Mohu střídavě napnout tělo a povolit ho, úplně uvolnit. Pozoruji, kde v těle cítím napětí, věnuji těmto místům láskyplnou a hřejivou pozornost, počkám, až napětí povolí. Mohu zkusit přebytky napětí z těla krátce a lehce vytřepat. Pozoruji, která místa na těle necítím, mohu se jich dotknout, pohladit, lehce na ně zatlačit, zmáčknout, poklepat. Mohu je sprchovat.
- Zaměřím se na to, co cítím a jaké mne napadají myšlenky. Neodháním je. Uvědomím si, že prožívám mnoho různých pocitů, smutek, radost, vztek, úžas, pocit neskutečna, uspokojení, neklidu rozčarování ..... Přichází například i pocit hněvu a bezmoci z toho, že jsem nemohl udělat více nebo že jsem nemohl udělat vůbec nic. Pocity přijímám, ať jsou jakékoliv, patří k silnému zážitku.
- Možná přijdou slzy, mohu jim dát volný průchod. Představím si, co bych dělal, kdybych mohl. (*„Řekl bych třeba necitlivému kolegovi, ať je raději ticho nebo bych ho poslal pryč.“ „Měl jsem chuť mu dát pěstí, kopnout ho.“ „Nejraději bych utekl někam daleko, pryč od toho všeho.“*) Mohu zkusit udělat zpomaleně pohyb, který tělo v tuto chvíli chce udělat. Dbám na to, abych se nezranil a neublížil někomu jinému.
- Uvědomím si, že to, co jsem prožil, není běžná zkušenost a mám právo být po určitou dobu tak trochu „mimo“, než se s tímto prožitkem vyrovnám.
- Nezůstanu se svým zážitkem sám, mluvím o něm, např. s kolegy v práci co nejdříve po zátěžové situaci.
- Připomenu si, co mi jindy pomohlo v nějaké tíživé situaci. Pomohlo by mi to také nyní? Nebo potřebuji něco jiného?
- Zapojuji se do normálního života, dělám běžné věci, piju, jím, zachovávám hygienu, zacvičím si, uklidím po sobě, jdu spát.

Příklady zadání pro supervizi

- Když mám informovat pacientku současně s jejím partnerem, cítím se velmi nejistý, zadrhávám v řeči a nejraději bych partnera poslal za dveře a mluvil jen s ní. To by mi moc nevadilo.

- Od té chvíle, co jsem musela oznámit matce, že její miminko nežije, se pokaždé, když přijde další pacientka, už bojím podívat na monitor. Začne mi bušit srdce a přestane až několik minut po vyšetření. Bojím se, abych nedostala infarkt.
- Štve mě kolega v práci, který mi stále předhazuje své nové poznatky ze zahraniční literatury, a nevím, jak s ním jednat. Vytahuje se. Pokud mohu, vyhýbám se mu. Potřebujeme ale spolupracovat.
- Stalo se mi, že pacientka mluvila hrubě o svém postiženém dítěti. Měla jsem chuť ji uhodit, vynadat jí nebo utéct, ale udržela jsem se. Když slyším její příjmení, začnu se pokaždé třást.
- Vadilo mi, že mrtvé miminko ukazovali svým dětem. Já vím, že je to jejich právo, ale měl jsem na ně velký vztek, dodnes se nemohu zbavit toho pocitu.

Z **CVIČENÍ**

Zadání pro supervizi

Jaká další zadání pro supervizi napadají vás?

PÉČE O TÝM

Pomoc zasaženým lidem se realizuje v týmech, interních nebo externích, případně kombinovaných. Každý z týmu může být zasažen událostí jiným způsobem a do jiné hloubky. Péče o každého člena týmu je současně péčí o celý tým. Pokud jeden člen týmu vyhoří nebo se blíží vyhoření, dá se předpokládat, že vyhoření se může po týmu plíživě rozšiřovat. Proto jsou vhodné aktivity péče o druhé a o sebe. Intervize, supervize, společné vzdělávání, podpora společných sportovních, společenských a relaxačních aktivit pro tým. Týmy si podle charakteru obvykle sami dokáží vymyslet druh aktivit. Někdy velmi kreativně, společné výlety, vaření, kreativní workshopy atd. Černý humor v týmu je jako copingová strategie důležitý, protože dodává energii. Je třeba mít na zřeteli, že černý humor se může změnit v cynismus a necitlivost, jež je příznakem vyhoření. Ale v jemném dávkování pomáhá. Měl by být realizován tak, aby zasažení lidé nebyli jeho svědky.

MOŽNOSTI PREVENCE VYHOŘENÍ

Proti vyhoření se dá účinně bojovat péčí o sebe. Pomáhající je tlačen k tomu, postavit sebe na první místo v důležitosti pro sebe. Pak může pomáhat dalším. Je veden k tomu, starat se o své tělo, o své vztahy, o svou duši a o duchovní oblast. V poslední době se objevují zprávy o nových výzkumech s pozitivními účinky technik a metod, které přicházejí z inspirace východními technikami, buddhismem atd. Přestože je pomáhající zpočátku nemívají v oblibě pro náročnost jejich nácviku, který je dlouhodobý, postupný, systematický, a proces je neakční, pomalý, někteří z nich si je nakonec oblíbí. Příkladem jsou techniky, meditace, relaxace, mindfulness (všímavost) - programy zaměřené na zvládání chronického stresu, depresí, úzkostí, chronické bolesti a psychosomatických obtíží. V současné době je mnoho druhů kurzů zaměřených na relaxační a tělové techniky.

Co je relaxace?

Je to uvolnění jak psychické, tak i fyzické. Vede k intenzivnějšímu pocitu klidu a uvolnění než spánek. Jde použít i ve stresujících situacích. Do relaxovaných stavů se člověk dostává někdy nevědomky, aniž by si toho všiml. Při nich se kumuluje energie potřebná na zvládání výkonů, na učení a prožívání. Někteří lidé relaxují snadno, jiní s tím mají potíže. Někdy je ruší myšlenky, které je třeba nechat odejít, nebo různá napětí v těle, která jsou signálem, že dané místo potřebuje uvolnit. Relaxace se musí učit tím, že si všímáme přirozeně relaxovaných stavů, a pak také tím, že do relaxovaných stavů vědomě vstupujeme a zvykáme si na uvolňování tímto způsobem. Lépe je se relaxaci zpočátku věnovat denně kratší chvilku, pak postupně prodlužovat než jednou za čas relaxovat naráz a dlouho.

Relaxace má mnoho pozitivních účinků:

- uvolnění bezprostředně po námaze i bez předchozí námahy,
- zabraňuje , aby stresová reakce organismu pokračovala,
- zvyšuje odolnost proti stresu,
- učí se poddat prožitkům a umožňuje plné prožívání příjemných stavů,
- může usnadnit usnutí,
- připravuje energii na další činnosti,
- pomáhá uvolnění před stresovou situací,
- může uvolnit přímo v zátěži,

- zvyšuje schopnost soustředění,
- pomáhá se rychleji učit z nové zkušenosti,
- zvyšuje sebedůvěru a optimistický pohled,
- harmonizuje psychiku a tělo,
- podporuje spontaneitu,
- pozitivně působí na paměť.

CVIČENÍ

Relaxační techniky

Najděte na internetu instrukce k autogennímu tréninku a progresivní svalové relaxaci a vyzkoušejte si je. Např. na Google.cz:

- Autogenní trénink, FTVS Univerzita Karlova v Praze, eknihy. Dostupné na: http://web.ftvs.cuni.cz/eknihy/attrenink/download.html
- Svalová relaxace, Progresivní svalová relaxace podle Edmunda Jacobsona, Dobrapsychiatrie.cz. Dostupné na: http://www.dobrapsychiatrie.cz/relaxace/svalova-relaxace.

SEBEPÉČE

Relaxace s imaginací (představováním si)

Můžete si hlasovou instrukci nahrát například na mobil, mluvte zřetelně a hlubším hlasem, velmi pomalu. Nebo vám instrukci někdo může předčítat, zatímco ležíte v klidné nerušené místnosti. Světla jsou zhasnuta nebo ztlumena. Ležíte na zádech na podložce. Pokud možno vás nic netísní a netíží, ruce ani nohy se nekříží. Ruce leží volně na podložce vedle těla. Oči jsou zavřené.

Nadechněte se a vydechněte, jako byste chtěli vypustit všechen vzduch z plic až do poslední molekuly. S výdechem se celé tělo uvolní. Zkuste si za zavřenými víčky představit své oblíbené místo, kam rádi jezdíte, kde se cítíte bezpečně, kam se rádi vracíte, nebo místo vysněné, kam byste se jednou chtěli podívat. Představte si toto místo, jako byste ho měli na fotografii, kterou si prohlížíte, nebo jako ve filmu, který si

pouštíte. Zkuste si představit i sebe a své tělo, jak na tom nejkrásnějším místě leží. Je krásně uvolněné, napětí odchází s každým výdechem, je měkké a prohřáté od slunce, které je nad vámi. Jen na čele cítíte jemný chladný vánek. Sluneční paprsky hladí a laskají vaše tělo, prohřívají každou kost, šlachu, sval, každou buňku vašeho těla. Můžete pozorovat, jak celé vaše tělo se plní teplem a slunečním svitem. Sluneční záře pak začne vystupovat z vašeho těla a vytváří kolem něj zářivý obal. Tento obal je současně ochranou vašeho těla. Uvnitř zůstává teplo a záře. Můžete cítit pocit štěstí nebo spokojenosti a radosti. Možná se vaše ústa mírně usmívají. Vše ostatní je vně tohoto obalu. Ochranný obal ovládáte jen vy. Co nechcete, aby se k vám přiblížilo, můžete sluneční záři sežehnout anebo držet daleko od sebe. Dovnitř můžete pustit jen to, co chcete. Prožíváte pocit bezpečí a klidu. Pak se začnete pomalu vracet do místnosti. Napočítáme od 10 do 0 a po probuzení budete svěží a připraveni na aktivity, které vás čekají. 10..9..8..7.. pomalu pohněte prsty na nohách a rukách, ..6..5..4..3.. trochu se protáhněte.., 2..1..0. Pomalu svým tempem otevírejte oči. Prohlédněte si své okolí. Přes bok se posazujte. Pomalu se zvedejte do sedu a stoje.

Použité zdroje a doporučená literatura

Č-ČCHANG L., 2016. Sedni si a nedělej nic. ANCH BOOKS, 158 s.

HALMO, R., 2015. Sebepéče v ošetřovatelské praxi. Praha: Grada, 232 s.

HAWKINS, P., SHONET, R., 2004. Supervize v pomáhajících profesích. Praha: Portál, 2004.

HONZÁK, R., 2015. Svépomocná příručka pro sestry (Psychothriller). Praha: Galén, 257 s.

IRELAND, J., 2016. A midwifery approach to emotional wellbeing and mental health in pregnancy. Dostupné na: https://www.all4maternity.com/midwifery-approachemotional-wellbeing-mental-health-pregnancy/

KŘIVOHLAVÝ, J., 2009. Sestra a stres. Příručka pro duševní pohodu. Praha: Grada, 127 s.

KŘIVOHLAVÝ, J., PEČENKOVÁ, J., 2004. Duševní hygiena zdravotní sestry. Praha: Grada, 80 s.

PETITCOLLIN, Ch., 2008. Oběť, kat a zachránce ve vztazích a komunikaci. Praha: Portál, 104 s.

PRAŠKO, J. a kol., 2008. Deprese a jak ji zvládat. Praha: Portál, 184 s.

PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, H., 2001. Proti stresu krok za krokem. Praha: Grada, 187 s.

RICHARDS, M., 2006. Stres. Management do kapsy 5. Praha: Portál, 110 s.

VENGLÁŘOVÁ, M. a kol., 2013. Supervize v ošetřovatelské praxi. Praha: Grada, 104 s.

KAPITOLA 13 ZÁVĚR

Publikace přináší informace a techniky, které mohou vyučující využít pro práci se studenty zdravotnických oborů (lékařských fakult, zdravotně-sociálních fakult) nebo účastníky kurzů z praxe (zdravotníky, sociální pracovnice, psychology a další pomáhající profese).

Po absolvování výuky nebo kurzu ověřujeme znalosti účastníků, provádíme evaluaci získaných znalostí a dovedností. Případné nedostatky ve znalostech a dovednostech studentů můžeme doplnit opakováním, upřesněním informací nebo zodpovězením dotazů. Zpětná vazba od studentů je důležitá pro případné doplnění a zkvalitnění výuky, posouzení zvolených metod, vztahů mezi vyučujícím a studenty, vyhodnocení organizace výuky a kvality prostředí. Zpětnou vazbu mohou poskytnout studenti přímo slovně ve výuce nebo anonymně písemně (což umožňuje větší otevřenost). Zpětnou vazbu mohou poskytnout studentům i vyučující, většinou to bývá dobrá příležitost ocenit aktivitu účastníků a jejich zájem o takto náročné téma.

Vyhodnotíme výuku vzhledem ke stanoveným cílům:

- porozumět procesu truchlení při perinatální ztrátě,
  - popsat a formulovat význam rituálu rozloučení pro rodiče po perinatální ztrátě,
  - naplánovat psychosociální péči o ženu/rodiče po perinatální ztrátě,
  - efektivně poskytnout psychosociální intervence při úmrtí novorozeného dítěte,
  - aplikovat poznatky o psychoterapeutickém přístupu k ženám/rodičům po perinatální ztrátě do praxe,
  - rozlišit normální a komplikovaný průběh truchlení,
  - vyhodnotit prospěšné strategie pro zvládání zármutku,
  - aplikovat zásady psychohygieny.

Na závěr uvádíme cvičení, které je vhodné pro opakování:

P

CVIČENÍ

(skupina 3 - 5 studentů)

Proces truchlení v příbězích rodičů

Každá skupina dostane jeden vytištěný příběh ženy/rodičů, kteří prožili perinatální ztrátu. (Dostupné například na http://www.ztratamiminka.cz/pribehy/)

Instrukce pro studenty:

1. V textu vyznačte proces truchlení (pocity, prožitky, způsob vyrovnávání se se ztrátou).
2. Jaké intervence zdravotníků (lékařů, porodních asistentek) jsou v příběhu zaznamenány? Jak je žena/rodiče hodnotí (spokojenost/nespokojenost; pozitivní/negativní pocit)?
3. Stanovte na základě příběhu doporučení pro praxi.
4. Sdílejte příběh s ostatními skupinami - analýza procesu truchlení a vlivu intervencí zdravotníků na rodiče, doporučení pro praxi. Diskuze.

Reflexe: Vyučující zapisuje hlavní body jednotlivých příběhů a diskutuje se studenty o procesu truchlení, zopakuje teoretické poznatky (fázické modely procesu truchlení, teorie kontinuálních vazeb). Uvádí nejnovější poznatky o doporučených intervencích zdravotníků, způsobu komunikace s rodiči po perinatální ztrátě. Klade otázky: Jaké skutečnosti/okolnosti měly vliv na proces truchlení ženy/rodičů? Objevují se v příbězích ženy/rodičů rizikové faktory nebo projevy komplikovaného zármutku? Jakou pomoc žena/rodina po úmrtí miminka vyhledala? Jaké výhody/nevýhody má odborná a laická psychologická pomoc?

SEBEREFLEXE

Co vám běží hlavou? Zaškrtněte myšlenky, které vás napadly při studiu péče o ženy po perinatální ztrátě, a připište co nejvíce dalších.

- Proč se tímhle tématem zabývám? Nebylo by lepší zabývat se něčím pozitivnějším?
- Jsem normální, že mne to zajímá?
- Tohle téma mne fascinuje.
- Nechci si ani představovat, že by se mi něco takového mohlo stát.
- Musím to vydržet.
- Zbláznil/a bych se.
- .....
- .....
- .....

Příklad závěrečného testu

1. Když prarodiče říkají rodičům zemřelého miminka: „Jen by se trápilo, to by nebyl žádný život, je lépe, že to tak dopadlo...“, jakého jejich obranného mechanismu je to nejspíše projev?
2. Vypište minimálně pět zásad sdělování diagnózy úmrtí miminka v děloze:
3. Pacientka sděluje s úzkostí: „Já po porodu nechci to dítě vidět.“ Reagujte aktivním nasloucháním, použijte přímou řeč:
4. Napište, jakým způsobem nabídnete rodičům upomínky na jejich miminko (a jaké upomínky nabídnete). Použijte přímou řeč.
5. Jaké otázky položíte ženě při kontrole na konci šestinedělí, abyste se dozvěděli o tom, jak svůj zármutek zvládá? (napište alespoň 3 otázky)
6. Vypište oblasti, které by měly být s rodiči po perinatální ztrátě diskutovány během hospitalizace (min. 5 oblastí).
7. Jaké dva zdroje informací (konkrétní knihy, brožury, web) doporučíte ženě, která při svém druhém porodu porodila mrtvé miminko.
8. Napište v přímé řeči, jak byste matce zemřelého dítěte nabídli možnost odborné pomoci v případě, že byste usoudili, že ji nutně potřebuje.
9. Napište, jakou otázku, která by se týkala tématu perinatální ztráty, byste mohli řešit v supervizi.
10. Vypište alespoň 3 rizikové faktory, které mohou signalizovat, že by se proces truchlení mohl zkomplikovat.
11. Napište, jak Vy sami konkrétně obnovujete a pečujete o své síly v oblastech a) psychika, b) tělo, c) vztahy a d) případně v duchovní oblasti.

Příklad výstupního (závěrečného) dotazníku

Prosím nevynechejte žádnou z položek a snažte se být upřímní, jak je to jen možné.

1. Kolik toho nyní vím o psychosociální péči o rodiče po perinatální ztrátě?

Vyznačte na škále od 1 do 10.

Minimum - 1, maximum - 10

1- 2- 3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10

2. Jak si budu nyní jistý/á při poskytování psychosociální péče truchlícím rodičům?

Vyznačte na škále od 1 do 10.

Minimum jistoty - 1, maximum - 10

1- 2- 3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10

3. Znám pravidla, za kterých je sdělována zpráva o úmrtí miminka rodičům.

- Ano, znám.
- Spíše ano.
- Spíše ne.
- Ne, neznám.

4. Vím, jak postupovat při intervenci fyzického kontaktu ženy s mrtvým novorozen*cem? Postup dle praxe založené na důkazech.*

- Doporučím ženě, aby své dítě viděla a chovala v náručí.
- Poskytnu informace o tom, jak se žena může s dítětem fyzicky rozloučit.
- Nedoporučím ženě fyzický kontakt s mrtvým novorozencem.
- Zeptám se ženy, zda chce své dítě vidět nebo chovat v náručí.

5. Orientuji se v teoriích procesu truchlení a dokáži je aplikovat v praxi.

- Ano.
- Spíše ano.
- Spíše ne.
- Ne.

6. Dokáži snadno rozeznat případy, kdy se proces truchlení u ženy zkomplikoval a ona potřebuje odbornou psychologickou pomoc.

- Ano.
- Spíše ano.
- Spíše ne.
- Ne.

7. Znám účinné prostředky psychohygieny a umím je využívat v praxi nebo je doporučit kolegům.

- Ano.
- Spíše ano.
- Spíše ne.
- Ne.

8. Naplnila se moje očekávání od výuky?

- Ano.
- Spíše ano.
- Spíše ne.
- Ne.

Jiné:

9. Co jsem při výuce postrádal/a? V jaké oblasti by měla být výuka doplněna?

10. Jak byla pro mě výuka náročná?

- Velmi náročná.
- Spíše náročná.
- Středně náročná.
- Spíše nenáročná.
- Zcela nenáročná.

Odpovědi porovnáváme se vstupním dotazníkem (příklad najdete v úvodu) a sledujeme změny individuální i ve skupině celkem. Uvažujeme nad odpověďmi studentů a bereme vážně zpětnou vazbu výuky. Podle možností výuku upravíme.

SLOVO ZÁVĚREM

Na závěr bychom vás chtěly požádat, abyste naši učebnici brali jen jako inspiraci pro vaši práci a vzali si z ní jen to, co je vám vlastní. To ostatní je zřejmě určeno někomu jinému. Vyzýváme vás, abyste si postupně vytvořili svůj vlastní styl i obsah výuky náročného tématu.

V té souvislosti bychom chtěly poděkovat všem našim dobrým učitelům a kolegům za inspiraci a povzbuzení, jež nám poskytovali. Děkujeme rodinám, s nimiž jsme se pracovně i jinak setkaly, za důvěru, s níž se na nás obracely, a za sdílení svých životních příběhů. S velkou úctou a s vděčností se obracíme na absolventy všech našich kurzů za to, že se námi nechali provázet a sdíleli své zkušenosti, a za to, že jsme se my mohly učit od nich. Zejména děkujeme těm, kteří se s námi dohadovali, diskutovali a zpochybňovali naše zkušenosti a poznatky. Dosud nás učí pokoře, která je v tomto tématu základní výbavou.

Na závěr chceme poděkovat členům našich rodin, že nám dopřáli čas a klid na práci nad textem, který jste právě dočetli, a za to, že nám fandili a podporovali nás, trpělivě a s laskavostí. Milujeme je nade vše.

Přejeme vám hodně úspěchů při výuce, kéž vás provází klid!