Perinatální PP

Chvílová Weberová

Perinatální PP

1. Charakteristika - diagnózy – statistika
2. Prenatální dítě
3. Plán péče – možné alternativy postupu při zdraví a život limitující Dg. Před porodem
4. Ztráta dítěte před porodem
5. Situace porodního sálu – „Stillbirth“
6. Dopad perinatální ztráty

1. Charakteristika dětské paliativní péče

- začíná v okamžiku stanovení dg.
- běží vedle kurativní léčby – Paralelní péče
- je léčbou aktivní a komplexní
- vyžaduje široký multidisciplinární přístup
- začleňuje rodinu dítěte
- využívá dostupných komunitních zdrojů
- má být poskytována na všech úrovních ZZ a doma
- doba mezi stanovením diagnózy a případným úmrtím dítěte bývá různě dlouhá - i řada let

1. Perinatální paliativní péče - situace

- ztráta dítěte

  potrat

  porod mrtvého dítěte – „Stillbirth“
- život limitující onemocnění – vada
- těžká nezralost
- peripartální poškození

reflektuje etická dilemata neonatologie

1. Základní principy perinatální PP

- respekt k nezcizitelné, inherentní důstojnosti i prenatálního dítěte jako jedinečné lidské bytosti – etická dilemata a názorová nejednota !!!
- je zaměřena na kvalitu prožívání těhotenství, způsob porodu (potratu) života dítěte s nemoci a rodinu
- je zaměřena na aspekty somatické (bolest, teplo, hydratace, nutrice, léčba symptomů u novorozence i matky), psychologické (bonding na porodním sále, novoroz. JIP a proces truchlení rodičů), sociální (rodinné vztahy, partnerství, širší sociální okolí) a spirituální (rituály, víra)
- je přístupem kompetentním a soucitným
- je multidisciplinární podpora a péče
- přechází v dětskou PP pokud se dítě narodí
- přechází v doprovázení rodičů po ztrátě pokud se dítě narodí mrtvé nebo se vyvolá potrat

2019

- n**arození celkem**: 112 663,
- **mrtvě narození**: 402
- **perinatální úmrtnost** 511 dětí
- novorozenecká **úmrtnost**: 175 dětí

  - časná 109 dětí do 7 dnů věku

  - pozdní 66 dětí od 8 do 28 dnů věku)

- Zemřelé děti do 1 roku 288 – **kojenecká úmrtnost**

1. Vyhláška 364/2015 Sb.

- živě narozené dítě = plod, bez ohledu na délku těhotenství, který po narození dýchá nebo projevuje alespoň jednu ze známek života

- mrtvě narozené dítě = plod, který:

  - neprojevuje ani jednu známku života

  - má porodní hmotnost 500 gramů a více

  - narozený po 22. dokončeném týdnu

  - nelze-li délku těhotenství určit, nejméně 25 cm

1. Diagnózy limitující délku života

převažují NEonkologické diagnózy

heterogenní skupina dg.:

- vrozené vývojové vady
- perinatální poškození
- genetické syndromy
- neuromuskulární dg.
- kardiovaskulární dg.
- onkologické dg. - prognóza je špatně odhadnutelná

1. Perinatální paliativní péče

Život limitující onemocnění perinatologie

- vrozená vývojová vada
- 3 – 5 dětí ze sta - chromozomální aberace - asi 25 % diagnostikovaných VVV u plodů
- těžká peripartání tíseň – těžká asfyxie
- porod na hranici viability
- rychle progredující onemocnění – metabolické vady

2. Prenatální dítě

aktivní a vnímavé

součást plánů matky = TY ne TO

probíhá neustálý dialog s matkou

úrovně:

- fyziologická
- psychologická
- duchovní
- sociální

(F. Freybergh)

2. Vývoj – od početí k porodu

je určen a podmíněn jedinečným genomem

je koordinovaným sledem buněčných a molekulárních procesů, které řídí vlastní genom,

je podmíněn multifaktoriálně v daném prostředí těla matky a v psychosociálním prostředí rodiny

je dynamickou součástí životního příběhu

je druhově specifický plastický proces,

vnější okolnosti mohou měnit směr vývoje – epigenetika.

2. Prenatální dítě

Plod

- matka před dosažením viability udílí plodu svým autonomním rozhodnutím morální statut
- plod se stává pacientem, pokud těhotná žena žádá péči o ni i o její nenarozené dítě.

Viabilní plod je pacientem nezávisle na tom, zda mu matka morální statut přizná nebo ne

- viabilita není jeden bod vývoje prenatálního dítěte
- kontinuita vývoje

2. Úmrtí prenatálního dítěte

= ztráta v definitivní neměnné podobě KONEC

= ztráta naděje

= citový otřes

= akutní veliká frustrace

= neexistující útěcha

budoucnost umírá spolu s dítětem

s klesajícím počtem dětí v rodině roste citová hodnota každého dítěte

Bolest jediného člověka je bolestí celého světa

A. De Saint - Exupery

3. Perinatální PP- rozhodování - plán péče

po stanovení pravděpodobné dg. má rozhodnutí rodičů několik možností, které je nutné pečlivě komunikovat v omezeném čase, který je dán týdny těhotenství, omezenou možností léčby, nejistou prognózou a časem těhotenství, v němž se rodina chystá na přijetí nového života

- ukončení těhotenství (nelze vrátit zpět) !!
- pokračování těhotenství v nejistotě prognózy

  - paliativní péče po porodu

  - postnatální léčba dle stavu dítěte

Nutný je plán

- pro porod dítěte (formu ukončení těhotenství)
- „daný čas“ s dítětem a to i nitroděložně (jak dlouho? jak?) a

  život rodiny („teď a při tom a potom“)
- rozloučení, forma, vzpomínka, rituál rozloučení, oblečky….

3. Perinatální paliativní péče
po stanovení dg. rozhodnutí rodičů

„ztráta“ dítěte

ukončení těhotenství

úmrtí nitroděložně

„still birth“ - tichý porod

plán pro

- UPT - porod dítěte
- rozloučení, forma…vzpomínka
- život („teď a při tom a pak“)

pokračování těhotenství

nejistota prognózy

paliativní péče ?

postnatální léčba ?

plán pro

- porod dítěte
- „daný čas“ (jak dlouho? jak?)
- rozloučení, forma…vzpomínka
- život rodiny („teď a při tom a pak“)

3. Perinatální ztráta - situace

situace

- spontánního potratu
- umělého přerušení těhotenství
- porodu mrtvého plodu
- perinatální úmrtí novorozence

lze zařadit i provedení hysterektomie – „ztráta šancí“

3. Plán péče o prenatální dítě

diskuze s rodiči o možné tíži vady, prognóze, vývoji a nejistotě (dítě nikdo nemohl vyšetřit) potřebách rodiny, spirituální rovině – možnost etického poradenství

Plán péče má zahrnovat

- doprovázení rodiny v případě ukončení těhotenství pod hranicí viability
- rozloučení s dítětem, upomínka na dítě pod hranicí viability
- rituální rozloučení s potraceným dítětem (zákon o pohřebnictví)
- krizová intervence a praktické poradenství při perinatální ztrátě
- doprovázení rodiny po perinatální ztrátě či ukončení těhotenství
- zhodnocení výsledků klinicko-patologického (genetického) vyšetření plodu
- podpora v další graviditě

3. Péče o prenatální dítě je péče v nejistotě

Objektivní nejistota

neznám pacienta – nikdo jej nezná a neviděl (UZ a MR zobrazení)m ale je faktická nemožnost predikce chování biologického systému a dalšího vývoje dítěte

???

Subjektivní

morální nejistota – který postup je správný - dobrý

Není pravidlo jak rozhodnout

???

Rozhodnout je nutné

Tannert Ch., The ethics of uncertainty. In the light of possible dangers, research becomes a moral duty. EMBO reports VOL 8

3. Rodiče zvolí ukončení gravidity pro závažnou Dg.

předchází (NE vždy) diskuze v rámci prenatální Dg.

je potřeba, aby rodiče nezůstali sami

i s potraceným dítětem (plodem pod hranicí viability) se lze v lásce rozloučit a lze uchovat hmatatelnou vzpomínku.

i po ukončení těhotenství z důvodu nemoci (vady) dítěte mohou rodiče potřebovat dlouhodobou následnou péči. Obvyklé a nutné je truchlení za dítětem, které mělo být milováno.

reakce okolí může zraňovat. *„Vždyť to chtěli, vždyť „to“ bylo nemocné“*. Jakoby nemocný prenatální člověk nebyl člověkem, dítětem na něž se rodina těšila a pak v žalu nechala potratit. Na žal rodičů nelze reagovat pouze častými větami: *„Buďte rádi, že se nenarodilo, bylo by nemocné…budete mít jiné zdravé dítě“*

pro matku je bolestné a složité přijmout, že dítě, které vnímá v děloze, bude dítě těžce handicapované, nebo dítě, které záhy po porodu zemře. Tato žena (rodiče) potřebují doprovázení průběhem gravidity.

3. Plán porodu a poporodní péče

- místo porodu – specializované centrum, běžná porodnice
- nezahájení intenzivní péče, nebo míra podpory vitálních funkcí) pro dítě s život limitující diagnózou
- podpora bondingu na porodním sále a rozloučení v případě úmrtí dítěte, upomínka
- symptomová léčba dítěte s život limitující diagnózou
- nutná vyšetření dítěte v případě překladu z jiného pracoviště
- zaučení rodičů do péče o dítě – péče o vstupy, edukace stran přístrojové podpory, bazální stimulace, fyzioterapie, výživy,
- informace a zaučení dalších čl. rodiny
- zapůjčení monitorovacích a ošetřovacích pomůcek
- plán léčby a péče - s plánem paliativní péče je seznámen registrující PLDD a regionální tým SMPP ještě při pobytu dítěte v nemocnici. Dostupnost a konzultace neonatologa, pediatra-paliatra 24/7.
- sociální podpora (raná péče) v případě propuštění domů, práce s širší rodinou

3. Propuštění dítěte s život limitující dg.

- předání do péče PLDD s podporou doprovázejících organizací, nadací
- předání do regionální péče SMPP s tím, že rodina je plně seznámena s diagnózou a pravděpodobnou prognózou a nutnými kontrolami progrese stavu novorozence. Předání SMPP regionu zajistí neonatolog, pediatr-paliatr, týmu SMPP.
- s ohledem na diagnózu konzultace a sledování vývoje onemocnění ve spolupráci se specializovaným centrem (dětská kardiologie, neurologie, pneumologie, centrum metabolických vad, fyzioterapie)
- psychosociální podpora
- potřeby rodiny, symptomovou léčbu, SOS medikaci, výživu dítěte v terminální fázi řeší průběžně tým SMPP

4. Ztráta prenatálního dítěte – potrat

- ztrátou dítěte jsou i potraty („velké“ potraty II. trimestru) a vlastně i UPT, neboť ne vždy jde o doopravdy svobodnou volbu ženy.
- žena ztrácí „dítě“ i když jej nazveme lékařsky „plod“ a jde o ztrátu (prenatálního) dítěte v raném věku nitroděložního života
- matka oplakává dítě, které cítila, nosila.
- oplakává společnou budoucnost, očekávání a ztrátu představ života s dítětem
- ztrácí se anticipovaná mateřská role (! hysterektomie)

4. Neonatální JIP péče na hranici viability

- Viabilita – životaschopnost plodu = schopnost přežít, růst a vyvíjet se normálně
- „Grey zone“ 22.-25. g.t. leží mezi možností a pravděpodobností přežití a přežití bez těžkého handicapu - přežití bez těžkého postižení je sice možné ale s různou mírou pravděpodobnosti až nepravděpodobné

Nishida, H., Sakuma, I. Limit of viablity in Japan: ethical consideration. J. Perinat. Med., 2009, vol. 37, no. 5

v době zahájení resuscitace nebo IP, nevíme, zda léčba bude pro dítě prospěšná nebo škodlivá = morální stres neonatologa, který cítí vinu za dlouhodobé důsledky, které pro rodinu má těžce postižené dítě

nezahájení IP na hranicích viability v prvních okamžicích po narození vede téměř jistě k úmrtí

Tyson, J. E. Evidence-based Ethics And The Care Of Premature Infant. The Future Of Children 1995, Vol. 5,

Meadow, W., Lantos, J. Moral Reflections on Neonatal Intensive Care. Pediatrics, 2009, vol. 123, no. 2,

5. Porod zemřelého dítěte

5. ….narození a smrt
zásadní okamžiky přechodu

Při úmrtí v době zrodu se oboje překrývají

↓

<u>bolest ze ztráty miminka je jiná</u>

než bolest ze ztráty

partnera, rodičů, sourozenců, staršího

dítěte nebo jiného milovaného člověka.

5. Porod zemřelého dítěte

- Postup má být takový, aby se prvotní rána ze ztráty dítěte dále neprohlubovala.
- Podstatná je dobrá komunikace od přijetí, vyslovení diagnózy až k propuštění.
- Pokud je čas a prostor (krom situace, která ohrožuje zdraví matky) měl by být v klidu s rodiči probrán a nastaven plán porodu
- Důležité je soukromí, ale ne izolace a opuštěnost.
- To, jak budeme v této situaci se ženou komunikovat a jaké informace se jí dostanou, má vliv na to, jak žena celou situaci bude vnímat a jak se jí podaří tuto situaci zvládat. I přestože se nám může zdát, že je velký rozdíl v tom, kdy žena o dítě přišla, není to pravda a nikdy to nesmíme před ženou dát najevo..

5. …pro rodiče je důležitý klid a čas k uvědomění si toho co se stalo…

…již není spěch

- prožít porod bez (s?) bolesti – jak si žena přeje
- pláč, křik, různé pocity při porodu nemají být potlačované ani zesměšňované - tak mohou být cestou vykřičení bolesti duše, první fází zpracování šoku z úmrtí dítěte
- potlačení emocí je nebezpečnější než emoce samotné.
- citlivá řeč „ o dítěti“

5. Navázaní komunikace

- představit se ! - vyjádřit lítost
- poskytování informací ženě i jejímu partnerovi, (udávat argumenty vyplývající z praxe a výzkumu)
- chovat se k ženám stejně bez ohledu na délku těhotenství
- umožnit ženě ventilovat její emoce – nezrcadlit je
- empatie, empatické chápací věty
- případný hněv nebrat osobně
- neužívat NEVHODNÉ věty, které považujeme za utěšující, nedávají útěchu, pouze více zraňují

!!! Platí i pro kontakt v běžném styku po propuštění

5. Komunikace na porodním sále

- citlivý dotek – po svolení (výjimečně)
- vyjádřit vlastní emoce není chyba, ale nezrcadlit negativní
- opakovaně se vrátit pro odpovědi na otázky
- trpělivost, intimita a komfort prostředí
- neodsuzovat reakce ženy - veškeré reakce normální JSOU, protože NENÍ normální ztratit dítě
- jednat citlivě, klidně, naslouchat, vnímat neverbální projevy ženy
- hlídat své neverbální projevy, výraz obličeje, postoj těla

- nabídnout ženě konkrétní formu pomoci (kontakt na psychologa, svépomocnou skupinu žen, webové stránky)

Nevhodné věty

„Neplačte, jste ještě mladá, můžete mít ještě spoustu dětí.“

„Buďte ráda, že to takhle dopadlo, to byste chtěla, aby se vaše dítě narodilo postižené?“

„Uklidněte se, takhle si nijak nepomůžete.“

„Buďte ráda, že už doma jedno zdravé dítě máte, některé ženské ani to nemají.“

…neužívat termíny, plod, mrtvý zárodek.….

5. Specifika péče o ženu

- při hovoru se ženou (rodiči) neužívat výraz plod
- dítě - jméno, nebo alespoň miminko
- dostatek informací, opakovaně a citlivě
- možnost spolurozhodovat o dalším postupu

  „plán“
- po sdělení diagnózy nenechat ženu nikdy samotnou
- pečlivé předávání informací mezi zdravotníky (jednotné označení pokoje, dokumentace)

5. Specifika péče o ženu

- neodsuzovat reakce ženy
- veškeré reakce normální JSOU, protože NENÍ normální ztratit dítě
- zajistit intimitu a komfort prostředí
- jednat citlivě, klidně, naslouchat, vnímat neverbální projevy ženy
- posilovat sebevědomí ženy, ocenit její sílu
- hlídat své neverbální projevy, výraz obličeje, postoj těla

5. Důležité je „vědět jak dítě vypadalo“

- mít vzpomínku na jeho vzhled = zásadní krok k dalšímu zpracování žalu
- mít „památku“ na dítě = lepší a rychlejší psychická rekonvalescence rodičů (vlásky, otisky nožky, ručky..)
- pokud rodiče odmítnou lze schovat „vzpomínku“ do dokumetace, pokud by se rodiče pro památku rozhodli až v pozdější době
- umožnit křest umírajícího dítěte nebo jiný rituál duchovního rozměru

Pozor: některé ženy nechtějí miminko vidět

míru kontaktu a rozloučení je nutné respektovat

rodiče k ničemu netlačit

5. Možné obtíže personálu....

- enormní psychická zátěž
- intenzivní emoční prožitky, pocity bezmoci a profesionálního selhání

„Nevědomý strach ze smrti“ se projevuje u zdravotníků

- vyhýbavým chováním
- minimalizováním kontaktu s pacientkou,
- neosobním zacházením s rodičkou,
- zacházením s mrtvým plodem jako s věcí
- únikem do nadměrné bezúčelné aktivity

5. Role zdravotníků

přístup, který nebrání zdravému průběhu truchlení

Ale přítomná je zvláště při opakování situací:

= enormní psychická zátěž

= intenzivní emoční prožitky

= přímá konfrontace s vlastní smrtelnost

= pocity bezmoci

= profesionálního selhání

6. Proces vyrovnání – dopady ztráty

V 1. fázi "šoku"

- je rychlé „odstranění“ mrtvého dítěte po porodu“ většinou matek (rodičů) prožíváno jako

  <u>další velký otřes</u>

- podstatou otřesu je nedostatek času

  k prožití a následnému psychickému zpracování

  první akutní fáze smutku

2. fáze: Popření nebo útěk ze situace

rodiče skutečnost popírají. jako kdyby bylo dítě někde jinde

volají, cítí přítomnost dítěte, mají sny o dítěti

očekávání návratu, chystání výbavy….

……nevyměnili nám ho ?

3. Hněv…obviňování

- hněv
- hledání viníků – touha potrestat
- obvinění - osudu (Boha ?)
  - zdravotníků
  - sebe
  - partnera

….kdyby byl doma

….kdyby nechtěl tolik sex…

….proč potkalo právě nás ?

….za co je to trest ?

….kdo nás do této situace dostal ?

4.fáze: Pocity viny

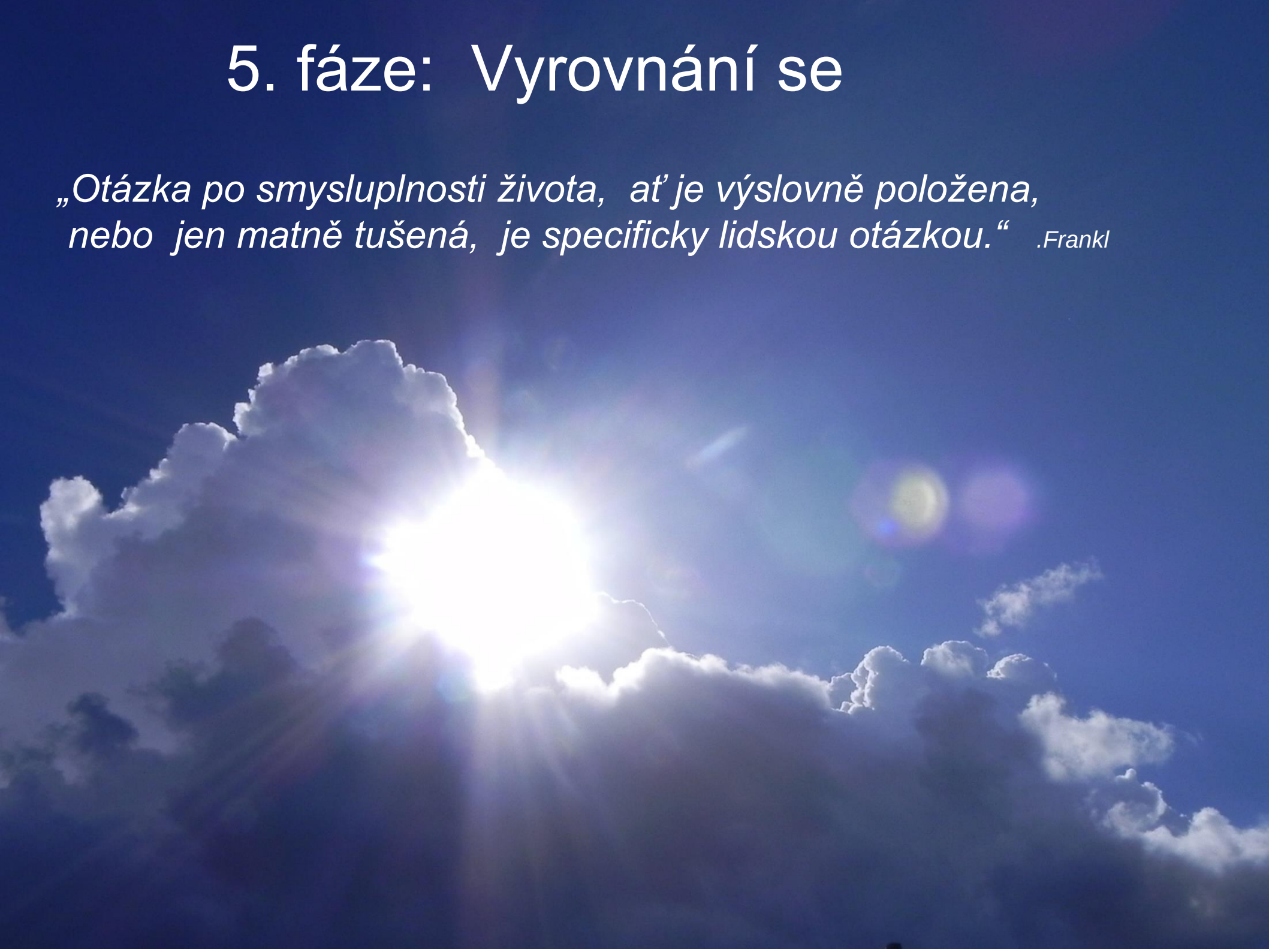
- pocity viny jsou normální a pramení z přesvědčení že rodiče mají být schopni své miminko ochránit.
- rodiče se cítí zodpovědní za smrt dítěte, mají pocit selhání a viny, pochybnosti o sobě
- tyto intenzívní pocity vyplývají z přirozené a biologické potřeby své děti chránit, i když situaci rodiče nemohli nijak ovlivnit,

Matka má pocit, že selhala jako žena a může:

- nenávidět své tělo za to, že zradilo,
- trpět výčitkami, že udělala nebo neudělala něco
- nenávidět ženy, které nedbají na zdravou životosprávu a správné návyky v průběhu těhotenství, a přesto se jim narodí zdravé miminko

5. fáze: Vyrovnání se

„Otázka po smysluplnosti života, ať je výslovně položena, nebo jen matně tušená, je specificky lidskou otázkou.“ *.Frankl*



6. Matka oplakává

- dítě, které cítila, nosila vnímala spojení s ním
- společnou budoucnost
- ztrátu svých představ života s dítětem
- očekávání
- ztrátu anticipované mateřské role
- bolest ztráty nelze přehlušit něčím jiným, nelze „ přejít na jiné myšlenky“…
- společenské přehlížení aspektu matky před porodem
- potlačení emocí je nebezpečnější než emoce samotné.

6. Rizikové faktory

- nemožnost kontaktu na PS a „rozloučení“
- necitlivý přístup personálu
- neuznání ztráty
- nedostatečné zázemí, podpora okolí
- negativní rodinné konstelace
- dřívější psychické problémy, předchozí traumata
- specifické rizikové faktory:

  předchozí potrat,

  úmrtí dítěte v rodině

  předchozí UPT !!!

  IVF

6. Dlouhodobě zraňuje

- odstranění dítěte z dohledu rodičů*…“aby se neděsili, neviděli…"*
- mlčení o skutečnosti vedení porodu mrtvého plodu, vyhýbavé odpovědi, rozpaky
- nemožnost rozloučení, fyzického kontaktu s dítětem
- nedostatek času k osobnímu kontaktu s rodiči
- strach a nejednota personálu
- chybějící „hmatatelné“ vzpomínky
- chybějící rituál „pohřbu“

6. Dlouhodobě zraňuje

- rychlá náhradní řešení *(rychle znova otěhotníte*

....adopce, pěstounská péče...)

- plané utěšování *(..budete mít jiné dítě, jste mladí, myslete na děti doma…)*
- nerespektování fází vyrovnání se
- nutnost být silný – nemožnost křičet, plakat..
- očekávání, že se truchlící rodiče během několika týdnů nebo měsíců dají dohromady a „budou zase jako dřív“……
- chybění podpory odborníkem

Zpovědi žen

„Zpětně toho velmi lituji, *celé těhotenství jsem si představovala, jak moje dcera vypadá a pak jsem ji nechtěla vidět… asi zapůsobilo i tabu o smrti, nedokázala jsem si představit, že bych měla v náručí mrtvé dítě.* Velmi bych se přimlouvala, aby se zdravotníci o rozloučení s dítětem s rodiči bavili, nabídli jim veškeré možnosti. *Třeba i dítě vyfotili, fotku uschovali, kdyby ji rodiče přece jen v budoucnu chtěli. V prvotním šoku chce člověk veškeré vzpomínky zničit a pak toho lituje.“*

Zpovědi žen

„Hned po zavedení tablety se nás PA zeptala, zda chceme potom mimčo vidět, v tu chvíli to bylo alespoň pro nás těžké rozhodnutí, přítel chtěl, já byla proti, bála jsem se…asi, a tu bolest, co jsem cítila , jsem měla pocit, že mi to nemůže pomoci… Pro odpověď už nikdo nepřišel a během porodu se nikdo nezeptal a třeba mi nevysvětlil, jaké to má výhody a tak, o pochování nebo času jen pro nás nikdo nemluvil a nás to ani nenapadlo.“

Zpovědi žen

„Ráno jsem šla na běžnou prohlídku a bylo mi sděleno, že mému chlapečkovi netluče srdíčko. Přítel mne za hodinu odvezl do porodnice, kde jsem po pár hodinách porodila svého syna 3týdny před termínem. Byl to můj první porod, nedokázala jsem si představit vidět synáčka mrtvého. Možná to zní hloupě, ale měla jsem strach, že v jeho obličeji uvidím bolest. Měla jsem pocit, že jsem mu ublížila a zklamala jsem. Pár minut po porodu, když jsem byla v místnosti sama, jsem si uvědomila, že bych ho chtěla vidět. Ale nebyla jsem schopna mluvit. Takže zpět k otázce. V tu chvíli bych potřebovala někoho, kdo by mi řekl, že je můj chlapeček krásné miminko, že vypadá, jako když spí. - např. a možná se mě pak ještě jednou zeptali, zda ho chci vidět. Nebo by mi to spíše doporučili, jej vidět. Neznám nikoho, kdo by litoval toho, že své dítě viděl, zato všechny co znám a své dítě neviděli, to mrzí.“

6. Analýzy výpovědí matek po ztrátě

- vzhled dítěte
- důležitost rozloučení + hmatatelné vzpomínky
- informace o průběhu truchlení
- potřeba sociální – partnerské podpory
- lidský přístup v chování zdravotníků – citlivý osobní
- uznání a respektování významu ztráty

6. Perinatální ztráta - dopad

- bezprostřední dopad na prožívání ženy a její rodiny - šok, ochromení žalem, psychickou bolestí
- dlouhodobý dopad
- pocity prázdnoty („prázdné náruče“)
- bezmoci, studu, úzkosti a osamocení, deprese, úzkostnost, suicidiální tendence, pocity viny a studu
- užívání návykových látek,
- selhání v mateřské a ženské roli, pocity, že jsou špatné matky,
- strach ze ztráty partnera a manželský konflikt *(Warland a kol., 2011, 2015)*
- posttraumatická stresová porucha

6. Ochranné faktory

- průběh „porodu“ mrtvého plodu
- kontakt s dítětem a „rituály rozloučení“
- empatická, vlídná podpora zdravotníků
- krizová intervence od porodu
- otevřená komunikace - možnost sdílení se
- stabilita vztahu rodičů
- sociální zázemí a pochopení a podpora okolí
- následná psychoterapeut. pomoc
- pozitivní zkušenost se zvládáním obtíží

… na začátku ani na konci bychom neměli být sami…