

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Ošetrovatelská péče o ženy po ukončení těhotenství
ve II. trimestru z genetické indikace**

bakalářská práce

Autor práce: Dita Fajmanová
Studijní program: Porodní asistence
Studijní obor: Porodní asistentka (PAK)
Vedoucí práce: PhDr. Drahomíra Filausová

Datum odevzdání práce: 6. 5. 2013

Abstrakt

Základní teoretická východiska

Zjištění vrozené vývojové vady či chromozomální aberace u plodu staví ženu před velký zdravotní, etický, ale i sociální problém, kdy je nucena se rozhodnout, zda těhotenství ukončit, nebo v něm pokračovat. Vyhledáváním nepravidelností a patologií v těhotenství se zabývá prenatalní diagnostika. Zahrnuje spolupráci více lékařských oborů, jako jsou porodnictví, ultrasonografie, specializované laboratoře a klinická genetika. Prenatální diagnostika má za úkol odhalit odchylky ve vývoji plodu a umožnit ukončení těhotenství, poskytovat možnost informací o dalším postupu, možnost výběru, zmírnit úzkost a obavy, umožnit prenatalní léčbu postiženého plodu. Umělé ukončení těhotenství je zákrok, kterým se zabraňuje dalšímu vývoji plodového vejce. Přináší mnoho komplikovaných situací, které je potřeba řešit individuálně a v souladu s platnou legislativou. Dle zákona lze těhotenství po 12. týdnu ukončit pouze v případě, je-li ohrožen život ženy, nebo je prokázáno těžké poškození plodu, nebo je plod neschopen života. Svědčí-li pro ukončení těhotenství genetické důvody, lze jej ukončit nejpozději do dosažení 24 týdnů a tato možnost je rozšířena o případy, kdy riziko poškození plodu je vyšší než 10 % na základě genetického vyšetření. Pro umělý potrat ve 2. trimestru je nutné zvolit vhodnou metodu ukončení těhotenství a zajistit ženě správné poskytnutí ošetrovatelské péče, aby traumatizace ženy byla minimální. Zde má nezastupitelnou úlohu porodní asistentka.

Cíl práce

Tato bakalářská práce je zaměřena na problematiku umělého ukončení těhotenství ve 2. trimestru z genetické indikace, a to již od rozhodování ženy o ukončení či pokračování těhotenství až po ošetrovatelskou péči během celé hospitalizace. Cílem práce bylo zjistit faktory, které ovlivnily ženy při rozhodování o umělém ukončení těhotenství ve 2. trimestru, a zjistit jejich spokojenost s ošetrovatelskou péčí a přístupem porodních asistentek během hospitalizace.

Použité metody

V teoretické části práce byly zobecněny poznatky získané z bibliografických zdrojů. V praktické části práce bylo provedeno a vyhodnoceno výzkumné šetření, ke kterému byla použita kvalitativní metoda formou dotazování. Pro techniku sběru dat byl vybrán hloubkový strukturovaný rozhovor. K rozhovoru byly předem připraveny okruhy otázek, základních otázek bylo dvanáct. Rozhovory byly vedeny na oddělení konzervativní gynekologie Gynekologicko-porodnické kliniky FN Plzeň v lednu, únoru a březnu 2013. Výzkumný soubor byl tvořen pěti ženami, které zde byly v uvedený čas hospitalizovány s diagnózou umělé ukončení těhotenství ve 2. trimestru z genetické indikace. Všechny respondentky daly souhlas s provedením rozhovoru a s použitím získaných informací v této práci. Získaná data byla následně kategorizována, pro jejich interpretaci byla použita i citace respondentek.

Kategorie zahrnovaly počet a průběh předchozích těhotenství, způsob sdělení patologie v nynějším těhotenství, absolvovaná genetická vyšetření a sdělení jejich výsledků, okolnosti a délka rozhodování o ukončení či pokračování těhotenství, zkušenost s genetickým postižením v rodině nebo okolí, informovanost o variantách způsobu ukončení těhotenství a možnost výběru, popis průběhu potratu, dostupnost a využití péče psychologa, připomínky k vylepšení ošetrovatelské péče a pobytu v nemocnici, plánování dalšího těhotenství a identifikační údaje.

Výsledky

Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že při rozhodování o ukončení těhotenství ženy ovlivňují v první řadě výsledky prenatalního vyšetření, neméně rozhodující je pro ně názor partnera i rodiny a řídí se též doporučením svého gynekologa. Nepřímo jsou ovlivňovány svými morálními zásadami a svědomím a též osobní zkušeností s postižením dítěte. Spokojenost s ošetrovatelskou péčí a přístupem porodních asistentek vyjádřily všechny dotazované ženy. Jejich připomínky se týkaly organizačních možností zdravotnického zařízení, kde bylo výzkumné šetření prováděno. 2 z 5 respondentek vyjádřily přání většího soukromí, aby mohly být samy na pokoji.

V jejich případě to nebylo umožněno kvůli obsazení jednolůžkových pokojů. Pro 3 z dotazovaných žen bylo nepříjemné potrácení na porodním sále, což je zvyklostí tohoto zdravotnického zařízení. Výzkumné šetření zároveň odhalilo nedostatek v uspokojování psychických potřeb žen. Možnost intervence psychologa byla nabídnuta pouze dvěma respondentkám a všechny dotazované ženy by uvítaly intervenci psychologa již v době rozhodování o osudu jejich těhotenství.

Závěr

Veškerá rozhodnutí o průběhu těhotenství zásadně ovlivňují mnoho oblastí života ženy. Indukovaný potrat v pokročilém stádiu gravidity postihuje zejména psychickou oblast jejich potřeb. Výzkumným šetřením byly odhaleny nedostatky v uspokojování těchto potřeb. Proto by měla práce sloužit jako edukační materiál a jako podklad pro vytvoření přednášky pro porodní asistentky, které pracují na gynekologických odděleních a ambulancích.

Klíčová slova

Genetika, ošetrovatelská péče, porodní asistentka, potrat, prenatální diagnostika.

Abstract

Basic theoretical data

The finding congenital defect or chromosomal aberration by child puts a woman to big medical, ethical but also social problem, when she is forced to decide, if she should interrupt the pregnancy or to continue. By searching for abnormalities and pathologies in pregnancy is held by prenatal diagnostics. This involves cooperation of many medical fields such as obstetrics, ultrasonography, specialized laboratory and clinical genetics. The task of prenatal diagnostics is to reveal abnormalities in development of the child and to be able to interrupt the pregnancy, give information about following approach, to give possibility of choice, decrease fear and worries, and be able to cure the child in prenatal stage. Interruption is an action by which another development of the child is terminated. It brings many complicated situations, in which it is necessary to deal with them individually and in correlation with legislation. According to law it is possible to interrupt pregnancy after 12th week only in that case, when a life of the woman is threaten, or serious damage of child is proven or the child is not able to survive. If there are some genetic reasons for interruption, it is possible to interrupt pregnancy till 24th week and furthermore this possibility is valid when risk of damage of the child is more than 10% based on genetic examination. For interruption in second trimester it is necessary to choose sufficient method of interruption and provide a woman traumatic treatment to minimize the trauma. In this case the assistance of birth assistant is essential.

Aim of thesis

This bachelor thesis is focused on problematic of interruption of pregnancy in second trimester based on genetic indication from decision of a woman if continue or interrupt the pregnancy all the way to nursery care during hospitalization. The aim of the thesis is to find out the factors, which influenced women in making their decision

about interruption of pregnancy in second trimester a to find out their satisfaction with nursery care and attitude of birth assistants during hospitalization.

Used methods

In theoretical part the findings obtained from bibliographic sources were generalized. In practical part was done research for which was used qualitative method in form of questioning. For data collection technique was chosen structured interview. There were few questions prepared, the number of basic questions was 12. Interviews were done in department of conservative gynecology of Gynecological- obstetric clinic of Faculty Hospital in Pilsen in January, February and March of 2013. The focus group were five women, which were hospitalized here in that time with diagnosis of interruption in second trimester based on genetic indication. All respondents agreed to give an interview and to use the results for this thesis. Obtained data were then categorized and for its interpretation some respondents' citation were used.

Categories included a number and history of previous pregnancy, the way of pathology in current pregnancy, undertaken genetic examinations and their results, conditions and duration of decision making about interruption of current pregnancy, experience with genetic indication in family and surrounding, informing about variation of ways how to interrupt pregnancy and possibility of choice, description of interruption process, availability of psychologist, prompts about improvement of nursery care and hospitalization, planning of another pregnancy and identification data.

Results

With research was found, that the decision making about interruption is influenced mainly by results of prenatal examination, standpoint of the partner and family and also suggestion of gynecologist. The decision is indirectly influenced by moral principles and conscience and also personal experience with damaged child. Satisfaction with nursery care and approach of birth assistants was expressed by all questioned women. They had some comments regarding organizational possibilities of medical facility. Two out of five respondents expressed need of more privacy, to be alone in the room.

In their case it was impossible due to occupied single rooms. For three respondents it was unpleasant to go through interruption in delivery room. The research also revealed lack in satisfaction of psychical needs of respondents. The possibility of intervention with psychologist was offered only to two of them and all questioned women would appreciate intervention with psychologist already during decision making process.

Conclusion

All decisions about continuing or discontinuing the pregnancy essentially influence many life areas of a woman. Induced interruption in advanced stage of gravidity affects mainly psyche of a woman. During the research were found drawbacks in satisfaction of the psychological needs. Therefore this thesis should be used as education material and as support for lecture for birth assistants working in gynecological departments and ambulances.

Keywords:

Birth assistant, genetics, interruption, nursery care, prenatal diagnostics.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 6. 5. 2013

.....

Dita Fajmanová

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat všem svým blízkým, zejména rodičům, kteří přispěli k vytvoření ideálního zázemí nejen při zpracování bakalářské práce, ale i během celého mého studia. Zvláštní poděkování patří PhDr. Drahomíře Filausové za vedení práce, cenné rady a trpělivost.

Obsah

Úvod	11
1 Současný stav	13
1.1 Potrat – definice a legislativa.....	13
1.2 Etická problematika umělého ukončení těhotenství	13
1.3 Somatické, psychické a sociální změny u těhotné ženy	17
1.4 Prenatální diagnostika.....	18
1.4.1 Neinvazivní metody.....	19
1.4.2 Invazivní metody	21
1.5 Metody ukončení těhotenství ve druhém trimestru	23
1.6 Komunikace se ženou při ukončení těhotenství ve druhém trimestru	24
1.7 Průběh hospitalizace a ošetrovatelské péče	27
2 Cíl práce a výzkumné otázky	30
2.1 Cíl práce.....	30
2.2 Výzkumné otázky	30
3 Metodika	31
3.1 Metodika výzkumu	31
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	31
4 Výsledky výzkumu.....	33
5 Diskuze.....	44
Závěr.....	52
Seznam použité literatury	53
Seznam tabulek.....	57
Seznam příloh	57

Úvod

Současný způsob života klade důraz na úspěšný vývoj populace, a tak se nároky na využití všech nejnovějších vědeckých poznatků v oblasti diagnostiky vrozených vad a genetických poruch plodu stále zvyšují.

Do poloviny 20. století se daly zjistit abnormality v anatomii plodu až ve 3. trimestru těhotenství nebo krátce před porodem. Porodníci měli k dispozici pouze jednu vyšetřovací metodu, palpaci, a později se začala využívat jako objektivnější metoda rentgenová diagnostika.

Teprve v 50. - 60. letech minulého století se začala věnovat pozornost plodu již v první polovině 2. trimestru těhotenství a v současnosti můžeme zjistit postižení plodu již v 1. trimestru. Cílem vyšetření je zjistit závažnou vrozenou vývojovou vadu či geneticky podmíněné onemocnění a v případě nálezu patologie umožnit rodičům požádat o umělé ukončení těhotenství z genetické indikace.

Umělé ukončení těhotenství je obecně výkon, kterým se zabraňuje dalšímu vývoji plodového vejce. Jedná se o výkon ze zdravotního i etického hlediska velmi problematický. Je nutné ho řešit individuálně a v souladu s platnou legislativou.

Těhotenství lze ve 2. trimestru ukončit v České republice do 24. týdne, kdy podmínky potratu ve 2. trimestru stanovuje Vyhláška č. 75/1986 Sb. a doplňuje tak zákon 66/1986 Sb.

Zjištění genetického postižení plodu je pro ženu, která plánuje těhotenství a porod zdravého dítěte, situací velmi náročnou a postihuje všechny oblasti jejího života. Staví ji před problém, kdy se musí rozhodnout o pokračování či ukončení těhotenství. Je důležité zvolit vhodnou metodu ukončení těhotenství a poskytnout ženě správnou ošetrovatelskou péči, aby byla její traumatizace minimální.

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou ukončení těhotenství ve 2. trimestru z genetické indikace, přičemž se zaměříme zejména na období rozhodování ženy o ukončení či pokračování gravidity a na období ženiny hospitalizace.

K výzkumu bylo zvoleno kvalitativní šetření formou hloubkových strukturovaných rozhovorů, které budou následně kategorizovány. Výzkumný soubor tvoří pět žen

s diagnózou indukovaný potrat ve 2. trimestru těhotenství z genetické indikace, hospitalizovaných na Gynekologicko-porodnické klinice v Plzni. Stanovili jsme si dvě výzkumné otázky, na které se budeme snažit pomocí výsledků výzkumu odpovědět.

1 Současný stav

1.1 Potrat – definice a legislativa

Umělé ukončení těhotenství lze též nazvat jako umělé přerušení těhotenství nebo umělý potrat. Je to zákrok, kterým se zabráňuje dalšímu vývoji plodového vejce. Ačkoli patří tento zákrok mezi metody plánovaného rodičovství, nelze jej hodnotit jako výkon preventivní. Je ze zdravotního i etického hlediska velmi problematický. Přináší mnoho komplikovaných situací, které je potřeba řešit individuálně a v souladu s platnými zákony. (Hájek, 2004) V České republice řeší a určuje podmínky pro provedení umělého ukončení těhotenství zákon 66/1986 Sb. České národní rady ze dne 20. října 1986 o umělém přerušení těhotenství. Podle tohoto zákona se Česká republika řadí mezi země s liberální potratovou legislativou. (Česko, 1986b)

Zákon doplňuje Vyhláška č. 75/1986 Sb., která říká, že těhotenství po 12. týdnu lze ukončit pouze v případě, je-li ohrožen život ženy nebo je prokázáno těžké poškození plodu nebo je plod neschopen života. Zároveň stanovuje, že svědčí-li pro ukončení těhotenství genetické důvody, lze jej ukončit nejpozději do dosažení 24 týdnů těhotenství. Příloha vyhlášky rozšiřuje možnost ukončení těhotenství i o případy, kdy riziko poškození plodu je vyšší než 10 % na základě genetického vyšetření. (Česko, 1986a)

Nový zákon 372/2011 Sb. udává, že „plodem po potratu se rozumí plod, který po úplném vypuzení nebo vynětí z těla matčina neprojevuje ani jednu ze známek života a současně jeho porodní hmotnost je nižší než 500 g, a pokud ji nelze zjistit, jestliže je těhotenství kratší než 22 týdnů.“ (Česko, 2011, § 82)

1.2 Etická problematika umělého ukončení těhotenství

Na zákon a legislativu navazuje etika. Zákon a etika se vzájemně posilují. Zákon zajišťuje a chrání práva člověka a etika vyžaduje zásadové jednání, které často přesahuje povinnost stanovenou zákonem. Mravní hodnoty jsou zahrnuty do etických

kodexů, které nejsou v rozporu s platnou legislativou, a zákon je rámcově podporuje. (Kutnohorská, 2007)

Etika je obecně filozofická disciplína zabývající se morálními obsahy. Jejím základním předpokladem je člověk jako rozumná bytost, která při svobodném rozhodování je schopná být mravně odpovědná za své činy. Jeho morální rozhodnutí ovlivňuje nejen rozum, ale i morální, náboženské či ideologické tradice. Morální a etické normy různých společností a kultur se mohou lišit.

Problémem etiky je to, jak víme, co je dobré a správné.

Etika je součástí kultury dané společnosti, která formuje chápání hodnot a životního stylu. Úzce souvisí s teorií hodnot. Z etického hlediska je za nejvyšší lidskou hodnotu považováno dobro, etika nás tedy učí rozpoznávat co je dobré a co není. (Kutnohorská, 2007)

Etická problematika ukončení těhotenství se zabývá zejména otázkami práv těhotné ženy a nenarozeného dítěte. Zda má těhotná žena právo rozhodovat za nenarozené dítě. Zda má nenarozené dítě právo na ochranu života. Zda jsou tato práva v rozporu, či zda mohou být za určitých okolností ve shodě. Zda lze lidské embryo či plod před narozením považovat za osobu s nezávislým morálním statutem.

Z etického hlediska přístupu k ukončení těhotenství rozlišujeme dvě základní strategie. První je strategie „pro život“, která vychází z přesvědčení, že interrupce je nemravný čin. Nenarozené dítě se nemůže bránit, když žena rozhodne o jeho smrti, a ta nemá právo tak učinit, protože život je dar, je životem již od oplodnění a nikdo nemá právo ho jinému upírat. Největším argumentem je v této strategii ochrana nenarozeného dítěte.

Druhá, opačná strategie „pro volbu“, se opírá o přesvědčení, že o narození dítěte rozhoduje výhradně žena a nikdo nemá právo do její volby zasahovat. Stejně tak do její představy o tom, kdy se život člověka stává životem lidským. Zastánci této strategie ale souhlasí s názorem, že ukončení těhotenství je nežádoucím jevem a řešením v krajní nouzi. Zastávají principy odpovědného plánovaného rodičovství. Interrupční aktivity tolerují a neodsuzují. (Haškovcová, 2002)

Jiný úhel pohledu řeší rozdíly mezi lidskou bytostí a osobou; s tím souvisí výše zmíněná otázka, zda má embryo či plod nezávislý morální statut. Zde se nachází v rozporu dva filozofické směry. Jednak ontologický personalismus, který soudí, že neexistuje rozdíl mezi lidskou bytostí a osobou. Embryo sice nemá vnímavost, rozumnost a vůli, ale to vše má již ve své genetické výbavě a při neporušeném vývoji těchto vlastností dosáhne. Začátkem života je tedy zygota.

Naproti tomu empirický funkcionalismus zastává existenci rozdílu mezi lidskou bytostí a osobou. Embryo je tak lidskou bytostí, ale ne osobou. Z lidské bytosti se osoba může vyvinout. Osobou se lidská bytost stává pouze na základě určitých vlastností a funkcí.

Mezi oběma směry figuruje kompromisním způsobem řešení gradualismus. Tento směr zastává názor, že embryo má významnou, ale ne absolutní hodnotu a jeho práva se zvětšují v průběhu jeho vývoje a tím pádem má nárok na odstupňovanou ochranu. Zygota má tak nulová práva a jako jediná buňka i nulovou důstojnost, novorozenec je plnohodnotnou osobou a má tak stoprocentní práva i důstojnost. Gradualismus však nikdy nevymezil stupně mezi těmito hodnotami a ani nevysvětlil, proč by se vývoj důstojnosti měl zastavit po narození a neměl by pokračovat v průběhu celého lidského života. (Vácha et al., 2012)

Každá žena, která je postavena do situace, kdy musí rozhodovat o ukončení či pokračování svého těhotenství, jedná tak zejména v souladu se svými morálními zásadami a svým svědomím. Může se tedy stát, že se rozhodne pro pokračování těhotenství, i když je postižení plodu zjevné.

Těhotná žena, která se rozhodne pro porod dítěte s vrozenou vadou, čelí velmi náročné životní situaci. I přesto, že se může na výchovu postiženého dítěte připravovat již během těhotenství, je to pro ni i celou rodinu velká zátěž. Reakce rodiny, ale i druhého rodiče, bývá individuální a může být i odlišná od reakce ženy. I v této situaci má nezastupitelnou roli porodní asistentka, která by měla podporovat úzký kontakt mezi rodiči a dítětem, podpořit tak i vznik vztahu s dítětem a pokusit se zamezit případnému oddělení partnerů. Dojde-li při těžkém stavu dítěte k emočnímu zřeknutí se dítěte, doporučí porodní asistentka rodičům pomoc odborníka, zprostředkuje rodině dostupné

podpůrné sociální zdroje. Nevyhýbá se pojmenování diagnózy a nebagatelizuje situaci. (Špatenková, 2004)

Etické aspekty tudíž neovlivňují jen rozhodování těhotné ženy, ale mají vliv i na jednání porodní asistentky. Porodní asistentka v rámci své profese navazuje s těhotnou ženou partnerský vztah. Tento vztah je jedním z nejdůležitějších při vykonávání ošetrovatelské profese. Řeší totiž současně otázky týkající se lidských hodnot jako je život, zdraví, důvěra a mlčenlivost. Do postoje porodní asistentky se promítají všechny její role. Role ošetrovatelky, komunikátorky, poradkyně, edukátorky, advokátky, nositelky změn a další. Projevují se nejen etickým chováním, ale i komunikací verbální a neverbální. Cílem je porozumět klientce, pochopit její situaci a následně jí pomoci. Zároveň tak usilovat o uspokojení všech klientčinych potřeb. K uskutečnění tohoto cíle je potřeba ovládat umění naslouchat, respektovat individualitu každé ženy, být empatická a zvládat svou profesi nejen odborně, ale i lidsky. (Kutnohorská, 2007)

Řada etických otázek souvisí s prenatalní diagnostikou. Mohou být podobné nebo shodné i u dalších oborů medicíny. Příkladem je správné a dostatečné informování těhotné nejen před výkonem, ale i po výkonu, souhlas těhotné, řádná indikace k výkonu, ale i předcházejícím vyšetřením, respektování a zachovávání soukromí, nezneužívání zjištěných poznatků, umožnění následných vyšetření a léčby. Důležitým východiskem pro hodnocení etických aspektů prenatalního vyšetřování je jeho konkrétní cíl. Týká-li se vyšetření plodu, může vést k jeho prospěchu zejména v případech, kdy je následně možno využít fetální terapii. Většina patologických stavů, zjištěných u plodu, ale nelze efektivně léčit. Proto bývá často výsledkem vyšetření rozhodnutí o ukončení těhotenství. I když se týká vyšetření matky, většinou souvisí s postižením plodu. Těhotná žena je vždy zodpovědná za veškerá rozhodnutí o průběhu těhotenství. Ta mohou zásadně ovlivnit mnoho oblastí života ženy a jejího okolí. Přínosem pro těhotnou je beze sporu ujištění o normálním vývoji plodu. Někdy ale mohou být informace falešně uklidňující. Otázkou je, zda ženy, které podstoupí vyšetření, budou schopny akceptovat i malé procento možností postižení plodu. Při prenatalním vyšetřování by měla vždy platit zásada, že doprovodná rizika musí být mnohonásobně nižší než přínos vyšetření. (Čech, 2006)

1.3 Somatické, psychické a sociální změny u těhotné ženy

Těhotenství přináší ženě řadu změn v oblasti somatické, fyziologické, endokrinní, psychické i sociální, a ona se s nimi musí vyrovnat. Všechny tyto změny spolu navzájem souvisí.

Fyzicky se u ženy mění její hmotnost, tvar těla, má zvýrazněnou pigmentaci, napjaté prsy. Mohou u ní vznikat i různé obtíže v podobě bolestí zad, nevolnosti, zvracení, vzniku křečových žil a strií, potíží s močovými cestami a jiné. Přijetí fyzických změn je individuální. Žena pociťuje ztrátu atraktivity a často vnímá řadu omezení. Fyzické vnímání těhotenství a pocity, které ženě přináší, jsou neoddělitelnou součástí prožívání, chování a psychických reakcí ženy.

Každá žena prožívá těhotenství individuálně a fyzické adaptační procesy jsou doprovázeny změnami v psychické oblasti, zejména v emočním prožívání. Žena tak mnohdy zažívá rozporuplné pocity štěstí, očekávání, naděje, důvěry a vděčnosti na straně jedné, na druhé straně pak strach, obavy, nejistotu, pochybnosti a nedůvěru. Psychické změny a reakce jsou podmíněny vývojem osobnosti ženy, jejím věkem a zralostí osobnosti, postojem k těhotenství, připraveností na roli matky, na sociálním, ekonomickém zázemí a momentálním životním prostředím. Žena si musí zvyknout na novou životní roli. Tento proces často provázejí pocity zmatku, úzkosti, ztracenosti a nostalgie po starém způsobu života. Dochází i k přestavbě celého rodinného systému. Žena pociťuje i ztrátu statutu ekonomické soběstačnosti, zastavení profesního růstu a tím i vzniku závislosti na partnerovi. V tomto období plném změn je velmi důležitá zvýšená pozornost a podpora ženy ze strany partnera, rodiny i přátel.

Sociální podporu ženy tak zajišťuje zejména partner, rodina, ale i porodní asistentka.

Během těhotenství jsou na partnera těhotné ženy kladeny vysoké nároky. Žena od něj očekává více zájmu a pozornosti, uznání a ocenění. Reakce mužů na těhotenství jeho partnerky jsou různé; je-li jeho osobnost zralá, jsou většinou pozitivní, přirozené a vítané. V současné době se muži daleko více podílejí emočně na těhotenství, porodu a péči o dítě než dříve.

Důležitá je též podpora celé rodiny. Během očekávání příchodu dítěte se mění celý rodinný systém a současně i sociální role všech členů rodiny.

Neopomenutelnou oporou ženy v těhotenství je samozřejmě i porodní asistentka. Vytváří si s těhotnou ženou partnerský a pozitivně laděný vztah, kterým upevňuje důvěru ženy. Měla by svým jednáním a chováním přispět k redukci a eliminaci nežádoucí psychické a fyzické zátěže těhotné ženy a pomoci stabilizovat případně narušený stav. Využívá k tomu různých prostředků jako empatii, podporu, otevřenou komunikaci, profesionalitu, individuální přístup, akceptaci klientky a další.

Veškeré komplikace v těhotenství u ženy, která si těhotenství přeje, jsou vždy zdrojem stresu a nejistoty, kdy žena intenzivněji prožívá úzkost a strach o osud těhotenství. Současně i všechny zásahy do těhotenství žena většinou vnímá jako neobvyklé. Stupňuje se tak její nejistota a pochybnost, zda je s jejím těhotenstvím vše v pořádku.

Jedním z hlavních zdrojů nejasností a obav jsou pro ženu prenatální diagnostická vyšetření. Obavy přináší zejména čekání na výsledek vyšetření. (Ratislavová, 2008)

1.4 Prenatální diagnostika

Základem příznivého průběhu těhotenství je jeho plánování. Již zde začíná role a úloha porodní asistentky jako poradkyně ženy. Důležitý je i sběr osobní a rodinné anamnézy ženy k včasnému a cílenému vyloučení komplikací a patologií v průběhu těhotenství.

K vyhledávání nepravidelností a patologií v těhotenství slouží prenatální diagnostika. Zahnuje spolupráci více lékařských oborů - porodnictví, ultrasonografie, specializovaných laboratoří a klinické genetiky. Prenatální diagnostika má za úkol nejen odhalit odchylky ve vývoji plodu a umožnit ukončení těhotenství, je-li u plodu objevena vada, ale i poskytovat možnost informací o dalším postupu, možnost výběru, zmírnit úzkost a obavy, umožnit prenatální léčbu postiženého plodu. Metody prenatální diagnostiky dělíme na neinvazivní a invazivní. (Nussbaum, 2004)

V klinické praxi zatím stále neexistuje primární prevence, která by umožňovala pomocí akceptabilních prostředků zabránit vzniku geneticky postiženého plodu. Včasné zjištění postižení plodu a možnost přerušeni těhotenství je tak sekundární prevencí jeho narození. (Zwinger, 2004)

Vyhledávání vrozených vývojových vad plodu pomocí ultrazvukového vyšetření a biochemických markerů v séru krve matky v 1. trimestru je zaměřeno zejména na zjišťování rizik chromozomálních aberací plodu, nejvýznamnější je trizomie 21 (Downův syndrom) a 18 (Edwardsův syndrom), morfologických vad, zejména vrozených vad srdce a porodnických komplikací.

Vyhledávání vrozených vývojových vad plodu ve 2. trimestru je zaměřeno zejména na zjišťování rizik defektů kožního krytu plodu, např. defekty neurální trubice, rozštěpy břišní stěny, chromozomálních aberací plodu a porodnických komplikací ve třetím trimestru. (Hájek, 2004)

Podle doporučeného postupu zásad dispenzární péče ve fyziologickém těhotenství ze 17. 5. 2012 „by měl být těhotné ženě nabídnut screening nejčastějších morfologických a chromozomálních vad plodu a poskytnuta informace o metodách screeningu, poskytovatelích i formě úhrady. Preferován by měl být kombinovaný biochemický a ultrazvukový screening v 1. trimestru těhotenství. Ten zatím není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Invazivní metody prenatalní diagnostiky na základě vyhodnocení výsledků screeningu indikuje a provádí pouze gynekolog.“ (Česká gynekologie, 2012)

1.4.1 Neinvazivní metody

Neinvazivní metody jsou metody, při kterých nedochází k proniknutí dovnitř organismu a nepřináší tak žádné riziko pro plod ani pro těhotnou ženu. Zahrnují vyšetření séra krve matky, tzv. biochemický screening a ultrazvukové vyšetření. Každý screeningový test charakterizuje detekční účinnost (DR) a falešná pozitivita (FPR). Je-li test dobrý a účinný, je detekční účinnost vysoká a falešná pozitivita nízká. (Prvotrimestrální skrínink, 2013)

Pro vyloučení Downova syndromu u plodu se v 1. trimestru těhotenství používá tzv. kombinovaný test a kontingenční screening.

Kombinovaný test zahrnuje biochemické vyšetření séra krve matky mezi 9. a 11. týdnem těhotenství, kde se vyšetřuje PAPP-A a volný beta-HCG, a ultrazvukové vyšetření plodu, které se provádí mezi 12. a 14. týdnem těhotenství. Základem ultrazvukového vyšetření je změření šíjového projasnění tzv. nuchální translucence.

Hladiny látek biochemického vyšetření s abnormálními hodnotami svědčí pro postižení plodu, stejně tak větší tloušťka šíjového projasnění při ultrazvukovém vyšetření. Na prvotrimestrálním ultrazvuku lze hodnotit i jiné parametry, jako přítomnost, či nepřítomnost nosní kosti, profil obličeje a charakter toku krve v srdci a žilním řečišti plodu. (Caldá, 2010)

Výsledky kombinovaného screeningu určí riziko postižení plodu. Negativní výsledek předpokládá normální karyotyp plodu a těhotné je naplánován další ultrazvuk ve 20. - 22. týdnu těhotenství, pozitivní výsledek - 1:300 a více - značí riziko vady a ženám s pozitivním výsledkem je doporučeno invazivní vyšetření, a to odběr choria či aminocentéza. Biopsie choria lze provést okamžitě či následující den a indikuje ji gynekolog.

Vyšetření lze provést ve dvou návštěvách gynekologa, kdy při první návštěvě je v 9. - 11. týdnu provedeno biochemické vyšetření a při druhé návštěvě ve 12. - 14. týdnu proveden ultrazvuk a již jsou známy výsledky biochemické, nebo v jedné návštěvě ve 12. -14. týdnu, kdy se provede současně odběr krve i ultrazvuk.

Kontingenční screening je variantou kombinovaného testu, kdy je populace rozdělena do skupin s nízkým, středním a vysokým rizikem. Ženám s vysokým rizikem je nabídnuto invazivní vyšetření, ženy s nízkým rizikem ho nepodstupují a ženy se středním rizikem podstupují doplňující ultrazvukové vyšetření a je u nich přepočítáno riziko na nízké či vysoké.

Biochemický screening lze provést i ve 2. trimestru. Hodnotí se zde AFP (alfa-fetoprotein), hCG (choriový gonadotropin) a estriol. Tento test však nesplňuje podmínky nízké falešné pozitivivity a vysoké detekční účinnosti, tak by měl být použit

pouze u těhotných, které neabsolvovaly prvotrimestrální kombinovaný test. (Frisová, 2012; Calda, 2008)

Ve 2. trimestru se provádí i další ultrazvukové vyšetření, a to ve 20. - 22. týdnu těhotenství. Hodnotí se zde počet plodů, vitalita plodu, biometrie plodu, morfologie plodu, kdy musí být ve zprávě zaznamenáno, zda byly či nebyly zjištěny morfologické abnormality plodu, lokalizace placenty a množství plodové vody. (Česká gynekologie, 2011)

1.4.2 Invazivní metody

Invazivní metody jsou metody, při kterých dochází k proniknutí vyšetřovacích nástrojů dovnitř organismu a které tak nesou určité procento rizika pro plod i pro těhotnou ženu. Používají se proto výhradně na základě opodstatněné indikace, a to při prokázaném pozitivním neinvazivním screeningu. Řadíme sem aminocentézu, biopsii choriových klků a kordocentézu.

Amniocentéza je výkon, kdy je asepticky zavedena transabdominální jehla přes břišní stěnu těhotné do amniové dutiny a odebrán vzorek plodové vody 15 - 20 ml. Před výkonem je vždy provedeno ultrazvukové vyšetření, které potvrdí vitalitu plodu, gestační stáří, počet plodů a lokalizaci placenty. Mělo by se punktovat mimo placentu. Je-li dodržena správná technika odběru, snižuje se riziko kontaminace vzorku mateřskými buňkami. Odebraný materiál je zpracován v cytogenetické laboratoři. Nejdříve se provádí kultivace, následně stanovení karyotypu, určení pohlaví plodu a analýza enzymů.

Amniocentéza se provádí ve druhém trimestru, v 15. - 16. týdnu těhotenství. Některá pracoviště provádí i časnou aminocentézu v 10. - 14. týdnu. Ta je ale spojena s větším rizikem pro plod. Výkon je prováděn většinou ambulantně, výjimečně s hospitalizací. Provádí se bez anestezie. Nutný je vždy informovaný souhlas. Amniocentéza nese 0,5 - 1% riziko potratu. Jiné komplikace jsou vzácné, např. únik plodové vody nebo infekce a poranění plodu vpichem jehly. (Čech, 2006; Nussbaum, 2004)

Ženy se při amniocentéze nejčastěji obávají jednak samotného výkonu, jak se bude provádět, zda bude bolet a zda nezpůsobí následný potrat plodu, ale i výsledků vyšetření, které se dozvídají většinou za dlouhou dobu. Prožívají tak stres ze situace, kdy by se v případě pozitivního výsledku musely rozhodovat pro potrat či pro život s postiženým dítětem. Při čekání na výsledek vyšetření může u ženy docházet k potlačení vytváření citových vazeb na plod a nedostatečnému prožívání těhotenství. Porodní asistentka by měla v těchto situacích ženě pomoci najít rezervy ve zmírnění negativních emocí. (Ratislavová, 2008)

Odběr choriových klků (CVS) obnáší výkon, kdy podobně jako u aminocentézy se asepticky transabdominálně nebo transcervikálně provede punkce a biopsie syncytiotrofoblastu pod kontrolou ultrazvuku. Stanoví se karyotyp. (Čech, 2006)

Výkon se provádí ambulantně s informovaným souhlasem v 10. - 12. týdnu těhotenství. Lze provádět i po dvanáctém týdnu. Výhodou je dostupnost výsledků již v raném stadiu těhotenství a zkracuje se tak období nejistoty. Zároveň dává možnost v případě nutnosti včasné ukončení těhotenství již v prvním trimestru. Tím se snižují rizika komplikací ukončení těhotenství v pozdějším stadiu a současně se snižuje i psychická a emocionální zátěž těhotné. Je zde ale vyšší riziko potratu o 0,5 - 1 % oproti spontánním potratům v 7. - 12. týdnu. Úspěšnost chromozomálního vyšetření je stejně jako u amniocentézy vysoká - 99 %.

Kordocentéza je výkon, kdy je pod ultrazvukovou kontrolou asepticky transabdominálně provedena punkce pupečníku a odběr krve plodu. Na vyšetření karyotypu je potřeba jen několik dnů.

Výkon je prováděn ambulantně s informovaným souhlasem v 19. - 21. týdnu. Používá se obvykle jako následné vyšetření, když ultrazvuk ukázal nějakou abnormalitu plodu nebo selhala kultivace buněk z plodové vody. Riziko výkonu je vyšší než u předchozích vyšetření, a to 2 %. (Pritchard et al., 2007; Čech, 2006; Nussbaum, 2004)

Pro zpracování vzorku u všech invazivních vyšetření se používají dvě metody. První je klasická karyotypizace kultivovaných fetálních buněk, která je velmi spolehlivá, ale nevýhodou je dlouhá doba zpracování - do 14 dnů a déle. Alternativní metodou jsou QF-PCR a FISH, které poskytují výsledky již za 24 - 48 hodin a jsou

dostatečně spolehlivé. Kritéria pro indikace invazivních výkonů jsou uvedeny v Příloze A.

Základním pravidlem při invazivní diagnostice je, že riziko postižení plodu by mělo být přinejmenším stejné, jako riziko vyvolání potratu provedeným výkonem. Důležitým upozorněním je, že u těhotných, které jsou Rh negativní, je nutno předcházet indukci Rh izoimunizace. Proto se musí po každém invazivním výkonu podat imunoglobulin anti-D.

Prenatální diagnostika je důležitou součástí prenatální péče. Jsou na ni kladeny vysoké nároky z hlediska bezpečnosti a přesnosti. V současnosti, kdy dochází k neustálému zlepšování techniky, jsou i možnosti prenatální diagnostiky stále dokonalejší. Velký rozvoj zaznamenává zejména ultrazvukové vyšetření. Je v současné době nejšetnějším a nejbezpečnějším prenatálním vyšetřením.

Výsledky prenatální diagnostiky často vedou nastávající rodiče k závažným rozhodnutím, někdy dokonce k ukončení těhotenství. Proto zde hraje významnou roli i časový plán. Obecně je tedy tendence k co nečasnějšímu vyhodnocení abnormalit a patologií, aby možné ukončení těhotenství proběhlo s minimálními možnými riziky. (Pritchard et al., 2007; Nussbaum, 2004)

1.5 Metody ukončení těhotenství ve druhém trimestru

Pro metodu ukončení těhotenství ve druhém trimestru je zásadní, aby byla bezpečná, rychlá, s minimálními riziky dlouhodobých následků a psychicky únosná.

Indukovaný potrat v pokročilém stadiu těhotenství přináší častější komplikace jako například krvácení, infekce, riziko ruptury děložní aj. Nelze zde opomenout i těžkou emocionální zátěž ženy, která již cítí pohyby plodu a potrat plodu je veden na hranici jeho životaschopnosti. (Rob et al., 2008)

Metody ukončení těhotenství ve druhém trimestru dělíme na medikamentózní a operační.

K medikamentózní metodě se používají prostaglandiny. Před vlastní indukci potratu se provádí většinou večer předcházejícího dne preindukce intracervikální

aplikací prostaglandinů nebo pomocí hygrokopických dilatátorů. Příkladem hygrokopického dilatátoru je Dilapan-S. Jedná se o tuhou hydrofilní tyčinku, která je schopna absorpcí vody z děložního hrdla zvětšit svůj objem a tím postupně a radikálně dilatovat děložní kanál. Doba působení je 6 - 12 hodin. (Roztočil, 2008)

Po preindukci se následující den aplikuje intraamniálně prostaglandin po předchozí odlehčující punkci amniální tekutiny. K intraamniální aplikaci se používá přípravek Enzaprost. Další alternativou je extraamniální aplikace prostaglandinu. K té se používá Prostin 15M, který se aplikuje ve dvouhodinových intervalech do svalu nebo syntetický analog prostaglandinu E1, Cytotec. Ten se aplikuje intracervikálně v tříhodinovém intervalu. Aplikace prostaglandinu lze při neúspěchu opakovat. Je-li plod potracen, je nutno většinou provést revizi dutiny děložní. Pouze když se podaří potratit plod i s obaly, revize není nutná.

Operační metoda se využívá pouze výjimečně, a to v případě, že se nepodaří plod samovolně potratit vaginální cestou. Tehdy se provádí tzv. malý císařský řez. (Rob et al., 2008)

1.6 Komunikace se ženou při ukončení těhotenství ve druhém trimestru

Komunikace je nedílnou součástí ošetrovatelské péče. Jedná se o výměnu informací, pocitů a zkušeností. Komunikační dovednosti a techniky jsou jedním z prostředků při kvalitním uspokojování potřeb člověka. Ovládání komunikačních technik a dovedností pomáhá porodní asistentce zejména k navázání a rozvíjení kontaktu s klientkou. Využívá zde verbální i neverbální komunikaci.

Při verbální komunikaci se dorozumíváme pomocí slov a neverbální komunikací rozumíme řeč těla. Řadíme sem mimiku – výraz obličeje, proxemiku – přiblížení a oddálení, haptiku – dotek, posturologii – fyzický postoj a kineziku – pohyb a gesta.

Komunikace je celek, kdy současně probíhá mluvení i jednání. (Venglářová et al., 2006)

Základem úspěchu při komunikaci je efektivita. Tu zajistíme jasně stanovenými cíli, abychom mohli pochopit problémy klientky. Komunikujeme otevřeně, aby nedošlo ke zkreslení informací. Efektivní komunikace pomáhá při vyřešení problémů klientky společnou aktivitou a umožňuje další rozhodování při diagnostických a terapeutických intervencích. Navozuje pocit důvěry mezi porodní asistentkou a klientkou.

Komunikaci lze považovat za efektivní, je-li splněna důvěryhodnost, sdělení informací je příjemci vyjádřeno jasně a srozumitelně a má pro něj význam, a je-li zachována kontinuita a konzistence.

Při komunikaci s klientkou jde o cyklický proces, kdy se při každém rozhovoru snažíme o dosažení konkrétních cílů, které formulujeme do úkolů a intervencí. Důležité je zjistit a definovat problémy klientky, věnovat jim náležitou pozornost a klientce je dokázat vysvětlit. (Pokorná, 2010)

V rámci efektivní komunikace využíváme zejména techniku aktivního naslouchání. Jde o situaci, kdy aktivně posloucháme druhou osobu (klientku), pozorně přijímáme informace a snažíme se jim porozumět, dáváme své porozumění najevo zpětnou vazbou a spolupracujeme s klientkou, společně se snažíme nalézt odpovědi na otázky a najít řešení problému. Nikdy neradíme. Pak lze hovořit o partnerském, respektive sociálním přístupu. (Pokorná, 2010)

Aktivní naslouchání dělíme do tří fází: Identifikace emocí – svěřující většinou jen naznačuje své potíže, vyslechnutí všech informací – snaha o porozumění souvislostem, nalezení řešení problému – klientka by měla hledat řešení sama, my jen pomáháme a vyjadřujeme podporu.

V kterékoli fázi aktivního naslouchání můžeme využívat různé techniky, a to jednotlivě nebo kombinovaně.

Patří sem povzbuzení – vyjadřujeme tak zájem o osobu a předmět hovoru, objasnění – získáváme informace a hledáme další souvislosti, zrcadlení – projevujeme tak porozumění a pochopení pocitů klientky, snažíme se je pojmenovat a současně si tak i poopravit náš názor, parafrázování – vyjádříme sdělení vlastními slovy a tak si ověříme, zda jsme sdělení správně pochopili, shrnutí – vyřadíme nepodstatná témata,

zopakujeme důležitá fakta, myšlenky a pocity, a ocenění – snažíme se ocenit vše, co jde ocenit, musíme být věrohodní.

Umění naslouchání je dar, ale dá se mu i naučit a pak ho využít při pomoci klientkám ve všech oblastech jejich potřeb. (Pokorná, 2010)

Ženy při ukončení těhotenství z genetické indikace prožívají velmi složitou životní situaci, která je provázána pocity ztráty. Situaci lze přirovnat ke ztrátě dítěte při porodu mrtvého plodu. U těchto žen se projevují fáze šoku, reaktivní fáze, negativní emocionální prožitky, které střídá fáze adaptace a smíření. Velmi obtížné je vyrovnání se se ztrátou, kdy není objekt truchlení zcela přítomen. Okolí ženy často nechce o bolestném tématu hovořit nebo má tendenci zdůrazňovat pozitiva včasného zjištění vady plodu. Na místě je profesionální přístup porodní asistentky. Její péče by měla být intenzivní a měla by být ženě v první řadě oporou.

Důležité je vytvořit ženě vhodné prostředí s klidnou a intimní atmosférou, aby mohla být navázána důvěra ženy v porodní asistentku a její profesionální dovednosti. Porodní asistentka by měla důvěřovat ženiným pocitům, nikdy neříkat, že „to nic není“ a zároveň u ženy navodit pocit bezpečí a jistoty. Měla by ženě poskytnout dostatečný prostor, aby mohla neomezeně projevit svůj smutek. Umožnit jí i proběhnutí negativních reakcí, hněvu a pláče a nesnažit se je utlumit. Porodní asistentka by neměla bagatelizovat situaci a zármutek ženy. Není ani vhodné ujišťování, že v příštím těhotenství bude dítě zdravé. Žádoucí je ponechat ženě prostor pro vlastní rozhodnutí a neovlivňovat ji vlastním názorem. Projevit vysokou míru empatie, respektu a tolerance. Ženu ubezpečíme, že o ní „víme“, dáme jí najevo, že víme, jak trpí a jak jí je. Vyjadřujeme pochopení, snažíme se redukovat nežádoucí psychickou zátěž a využíváme spíše nedirektivních technik. Verbální komunikace je doplněna i neverbální komunikací, dotekem, pohlazením. Porodní asistentka ženě naslouchá, aniž by jí hodnotila, „zrcadlí“, jak vnímá žena svůj problém, nabídne a poskytne podporu a poradenství. Přistupuje k ženě vždy individuálně a snaží se o podporu vhodným psychologickým přístupem. Mnohdy se tak dá předejít medikamentózní intervenci při řešení problému. (Ratislavová, 2008)

1.7 Průběh hospitalizace a ošetrovatelské péče

Žena je přijata k hospitalizaci den před plánovanou indukci potratu. Lékař sepíše s klientkou veškerou dokumentaci včetně všech potřebných informovaných souhlasů (s hospitalizací, s podáváním informací, s výkonem podle metody, s revizí dutiny děložní) a informuje ženu o možných alternativách preindukce a indukce potratu.

Porodní asistentka uloží klientku na jednolůžkový pokoj, dovolují-li to možnosti zdravotnického zařízení, aby bylo ženě zajištěno dostatečné soukromí. Sestaví s ní ošetrovatelskou dokumentaci.

Ošetrovatelský záznam o příjmu obsahuje údaje o úvodním posouzení ženy. Získané informace slouží k pojmenování potíží ženy a pomáhají při tvorbě ošetrovatelských diagnóz. Ošetrovatelský záznam při příjmu se liší mezi jednotlivými zdravotnickými zařízeními. V zásadě platí, že porodní asistentka při příjmu řádně zaznamená do dokumentace kompletní ošetrovatelskou anamnézu, včetně fyzikálního vyšetření a uvede léky, které žena užívá, zaznamená její případné alergie atd. (Kolektiv autorů, 2002)

Zjistí a vyhodnotí biologické, psychické a sociální, případně duchovní a spirituální potřeby ženy, zařadí problémy do priorit, aby mohla následně naplánovat ošetrovatelské intervence. Při nástupu k hospitalizaci často žena nedokáže své potřeby definovat. Porodní asistentka jí pomáhá pochopit, co se s ní děje, hledat způsob, jak čelit náročné situaci a smířovat se s nevyhnutelným. Poté vypracuje ošetrovatelský plán, stanoví ošetrovatelské diagnózy, výsledná kritéria a intervence. (Trachtová et al., 2001; Farkašová, 2006) Možné ošetrovatelské diagnózy u ženy s indukovaným potratem jsou uvedeny v Příloze B.

Hospitalizace s jednodenním předstihem před samotnou indukci potratu je důležitá, aby bylo zajištěno dostatečné uzrání děložního hrdla, a to ve smyslu jeho prosáknutí a zkrácení. Za tímto účelem je většinou večer před indukci prováděna preindukce potratu. Jedná se o soubor léčebných metod, kdy je k uzrání děložního hrdla použito indukčního preparátu prostaglandinu, nebo hygroskopického dilatátoru. Příkladem prostaglandinu je PGE2-Prepidil gel 0,5 mg a Prostin E2 vaginální tableta 0,5 – 3 mg,

příčemž prostaglandiny působí na děložní hrdlo chemicky. Příkladem hygroskopického dilatátoru je Dilapan S, Lamicel, Foley katetr o obsahu 25 – 50 ml, Hegarovy dilatátory a uvedené dilatátory působí na děložní hrdlo mechanicky.

Ošetřovatelským cílem preindukce je zajištění léčebné metody, veškeré nutné dokumentace a minimální traumatizace těhotné ženy s adekvátní informovaností a se souhlasem k provedení výkonu. (Sák, 2008)

Preindukci provádí lékař za asistence porodní asistentky po předchozí profylaxi antibiotiky a miniheparinizaci. Porodní asistentka uloží ženu do gynekologické polohy na gynekologické lůžko po provedení ultrazvukového vyšetření a změření fyziologických funkcí ženy dle ordinace lékaře. Lékař ženu vaginálně vyšetří za aseptických podmínek a rozhodne o tom, jaká metoda preindukce bude použita. Porodní asistentka mu podá vybraný preindukční preparát a ten jej aplikuje do zadní poševní klenby či do cervikálního kanálu. Porodní asistentka uloží ženu na samostatný pokoj, sleduje její celkový stav a fyziologické funkce. Jedná s ní taktně a ohleduplně. Dle klinických příznaků a ordinace lékaře je žena následně vaginálně vyšetřena. U ženy se mohou dostavit vedlejší účinky, např. nauzea, zvracení, průjem, může nastat děložní hypertonus nebo hypotenze. Důležitým upozorněním je, že měla-li žena předchozí operaci na děložním hrdle či je-li u ní zjištěna diagnóza placenta praevia, chorioamnionitis nebo herpes simplex virus, je preindukce kontraindikována. (Sák, 2008). Zvolená metoda preindukce závisí na zvyklostech zdravotnického zařízení a samozřejmě na rozhodnutí ženy.

Vlastní indukce potratu se většinou provádí následující den po preindukci. Jedná se o léčebnou metodu prováděnou za účelem ukončení těhotenství vyvoláním děložní činnosti u těhotné ženy podáním indukčního preparátu, pokud je děložní svalovina normotonická, je zachován vak blan a nejsou přítomny děložní kontrakce. Ošetřovatelským cílem je zajistit léčebnou metodu, veškerou nutnou dokumentaci a zejména co nejmenší traumatizaci ženy. Indukce potratu se provádí podobně jako preindukce, kdy výkon provádí lékař s asistencí porodní asistentky za aseptických podmínek na gynekologickém lůžku v gynekologické poloze, po předchozím

vaginálním vyšetření a změření fyziologických funkcí dle ordinace lékaře. Porodní asistentka podá lékaři jím zvolený preparát a ten jej ženě aplikuje. (Sák, 2008)

Potrácující žena je umístěna na samostatný pokoj, porodní asistentka kontroluje její celkový stav, fyziologické funkce, eventuálně spontánní odtok plodové vody, případné krvácení a nástup děložní činnosti. Poté sleduje frekvenci děložních kontrakcí, hodnotí bolest a nabízí ženě prostředky k tlumení případné bolesti. Chová se k ní vždy ohleduplně a taktně. Plní ordinace lékaře. (Leifer, 2004)

Indukci potratu lze provádět mechanicky dirupcí vaku blan, ale k této metodě musí být zajištěn vhodný vaginální nález. Dále jí lze provádět farmakologicky, pomocí PGE2-Prepidil-gelu 0,5 mg, Prostinu E2 vaginálních tablet 0,5 – 3 mg, analogu prostaglandinu E1-Cytotecu nebo Prostinu 15M aplikovaným do svalů či Oxytocinu aplikovaného intravenózně. (Sák, 2008)

Potrat je možno vést v epidurální analgézi, aby byl zajištěn větší komfort ženy.

Stejně jako při preindukci mohou nastat vedlejší účinky podobného charakteru. Kontraindikací indukce potratu jsou dva císařské řezy v anamnéze ženy či operace na děloze s otevřením dutiny břišní. (Sák, 2008)

Po potracení plodu se provádí revize dutiny děložní v celkové anestezii.

Od druhého dne po potratu je ženě zastavována laktace jednak medikamentózně, podáním přípravku Medocriptine nebo Dostinex, a též mechanicky, vyvázáním prsů. (Slezáková, 2011)

2 Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Cíl 1: Zjistit faktory, které ovlivnily rozhodování žen o ukončení těhotenství ve II. trimestru z genetické indikace.

Cíl 2: Zjistit spokojenost žen s ošetrovatelskou péčí a přístupem porodních asistentek během hospitalizace.

2.2 Výzkumné otázky

VO1: Jaké faktory ovlivnily ženy v rozhodování o ukončení těhotenství ve II. trimestru z genetické indikace?

VO2: Jak byly ženy spokojeny s ošetrovatelskou péčí a přístupem porodních asistentek během hospitalizace?

3 Metodika

3.1 Metodika výzkumu

Ve výzkumné části práce bylo využito kvalitativního šetření metodou dotazování. Pro techniku sběru dat byl vybrán hloubkový strukturovaný rozhovor. K rozhovoru byly předem připraveny okruhy otázek, aby bylo zachováno jeho zaměření a usnadněna jeho následná kategorizace. (Bártlová, 2008; Hendl, 2005)

Základních otázek bylo připraveno dvanáct (viz Příloha C). První část rozhovoru byla zaměřena na získání informací o průběhu těhotenství před nástupem do nemocnice a rozhodování žen o ukončení těhotenství, druhá část na zmapování ošetrovatelské péče a průběhu hospitalizace.

Rozhovory byly vedeny na oddělení konzervativní gynekologie Gynekologicko-porodnické kliniky FN Plzeň v lednu, únoru a březnu 2013 s pěti ženami, hospitalizovanými pro umělé ukončení těhotenství ve II. trimestru z genetické indikace. Proběhly vždy před jejich propuštěním do domácí péče. Všechny respondentky daly předem k rozhovoru souhlas. Každý rozhovor trval 40 - 60 minut a byl písemně zaznamenán.

Data získaná prostřednictvím rozhovorů byla následně kategorizována. Pro interpretaci dat byla použita i citace respondentek ze zaznamenávaných rozhovorů a v textu označena kurzívou.

Provádění výzkumného šetření na oddělení konzervativní gynekologie Gynekologicko-porodnické kliniky FN v Plzni bylo schváleno vedením kliniky a vrchní sestrou kliniky.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl tvořen pěti ženami v reprodukčním věku, které byly hospitalizovány v lednu, únoru a březnu 2013 na oddělení konzervativní gynekologie Gynekologicko-porodnické kliniky FN Plzeň s diagnózou umělé ukončení těhotenství

ve II. trimestru z genetické indikace. Všech pět respondentek dalo souhlas s provedením rozhovoru a použitím získaných informací v praktické části bakalářské práce.

4 Výsledky výzkumu

Kategorie 1: Počet a průběh předchozích těhotenství

Pro dvě ženy z celkového počtu respondentek bylo nynější těhotenství prvním a velmi chtěným. Otěhotnět si přály i ostatní tři respondentky. Jedna žena byla těhotná podruhé, ale i její první těhotenství skončilo neúspěšně jako zamlklý potrat v 9. týdnu. Uvádí: *“Vůbec mě ani nenapadlo, že by u mě bylo něco špatně. Nepřipustila jsem si neúspěch ani poprvé, ani teď. O to víc mě zaskočilo, že je něco v nepořádku.”* Na doplňující otázku, zda absolvovala nějaké vyšetření po prvním potratu, odpověděla, že ne. Další dvě respondentky mají za sebou i úspěšně ukončená těhotenství. Jedna žena porodila dvakrát spontánně ve 40. týdnu vždy zdravé dítě, ale dvě zdravé děti měla z prvního manželství. Nyní má nového partnera, se kterým byla těhotná poprvé, ale v rodině partnera mají dítě s Downovým syndromem. Druhá žena porodila ve svém prvním těhotenství zdravé dítě spontánně v 39. týdnu, její druhé těhotenství skončilo jako zamlklý potrat v 8. týdnu. Na doplňující otázku, zda absolvovala nějaké vyšetření po prvním potratu, odpověděla: *„Otěhotněla jsem brzy po tom, co jsem potratila, tak jsem ani žádné další vyšetření nestihla.“* Obě ženy, které rodily, hodnotí těhotenství zakončené porodem jako naprosto fyziologické a bez potíží.

Kategorie 2: Způsob sdělení patologie v nynějším těhotenství

S výjimkou jedné respondentky se všechny ženy dozvěděly o nepříznivé prognóze jejich těhotenství od svého gynekologa na základě patologického výsledku prvotrimestrálního screeningu. Jedna žena se dozvěděla nepříznivou prognózu od genetika a o genetické vyšetření požádala svého gynekologa již na začátku těhotenství. Říká: *„V rodině mého nynějšího partnera se narodilo dítě s Downovým syndromem a já měla obavu, aby se to nestalo i nám. Mám sice dvě zdravé děti, ale z předchozího manželství. Taky už nejsem nejmladší a četla jsem, že u starších těhotných žen je riziko Downova syndromu mnohem vyšší. Proto jsem požádala mého gynekologa o genetické vyšetření už na začátku těhotenství a na genetice je žádala*

o vyšetření plodové vody. Nesnesla bych tu nejistotu a čekání, jestli to dobře dopadne. Vůbec mě nenapadlo, že se mé obavy potvrdí. Z genetiky mi volali hned druhý den a za tři týdny se to definitivně potvrdilo.“

Všechny respondentky se shodly na tom, že nepříznivá zpráva jim byla sdělena velmi ohleduplně. Byla jim nabídnuta možnost další návštěvy s partnerem a zodpovězení všech jejich dotazů. Všechny ženy uvádí, že plakaly a velmi se obávaly následujících událostí. Strach měly nejen o osud těhotenství, ale i z vyšetření, která budou muset absolvovat. Jedna respondentka popisuje: *„Šla jsem na normální kontrolu a pan doktor mi řekl, že náběry nevyšly dobře a že mě musí poslat na další vyšetření. Nejdřív jsem vůbec nechtěla pochopit, co mi říká. Pak mě zachvátila obrovská panika. I když mě pan doktor uklidnil, že to ještě nic neznamena, nedokázala jsem od té doby myslet na nic jiného. Hned jsem telefonovala manželovi, brečela jsem a strašně jsem se bála.“* Podobné pocity zažívaly všechny ženy a tvrdí, že na ně nikdy nezapomenou.

Kategorie 3: Absolvovaná genetická vyšetření a sdělení jejich výsledků

Z pěti oslovených respondentek absolvovaly čtyři amniocentézu - odběr plodové vody s negativním výsledkem. Jedna žena odběr plodové vody odmítla. Na otázku, z jakého důvodu, odpovídá: *„Dlouho jsem nemohla otěhotnět a bála jsem se, že bych mohla po amniocentéze potratit. I když je riziko potratu malé, nechtěla jsem ho podstoupit a dohodli jsme se na tom i s manželem. Byla jsem ráda, že mě k tomu vyšetření nikdo nenutil a mohla jsem se sama rozhodnout, jestli ho chci. Stejně to ale dopadlo špatně. Když jsem byla na kontrolním ultrazvuku, řekli mi, že by miminko se všemi vadami, co zjistili, nepřežilo anebo umřelo krátce po porodu. Tak jsme se s manželem společně rozhodli pro ukončení těhotenství.“* Ostatní ženy se rozhodly pro amniocentézu s výjimkou jedné respondentky ihned. Ta uvádí: *„Rozhodovala jsem se čtrnáct dní, protože jsem si pohrávala s myšlenkou, že bych si nechala i postižené dítě. Ale pak jsem na vyšetření šla, abych si to později nemusela vyčítat a chtěla jsem pravdu vědět dřív než po porodu.“*

Respondentkám byla položena i doplňující otázka, jak byly informovány o amniocentéze a rizicích výkonu. Všem ženám bylo vysvětleno, co výkon obnáší

a byly informovány i o rizicích. Na základě informací o riziku výkonu jedna výše citovaná žena výkon odmítla, protože se obávala potratu. Ostatní čtyři respondentky s výkonem souhlasily. Shodně uvedly, že obava z postižení plodu převýšila obavu z potratu následkem vyšetření. Všechny ženy, které absolvovaly vyšetření odběrem plodové vody, zmínily též strach z bolestivosti výkonu. Jedna z žen přímo řekla: *„Když jsem se dozvěděla, jak se ten odběr provádí, říkala jsem si, že to musí bolet. Pan doktor mě ale uklidnil, že se bolesti nemusím bát.“*

Bolest při výkonu hodnotily dvě respondentky na škále bolesti na stupni dva, dvě respondentky bolest při vyšetření neudávaly.

Všechny ženy absolvující amniocentézu se definitivní výsledky dozvěděly za tři týdny po vyšetření, jedna respondentka od lékaře na genetice, tři ženy od svého gynekologa.

Dobu, než se dozvěděly výsledky vyšetření, hodnotí všechny respondentky jako velmi náročnou. Jedna žena popisuje: *„Neumím si představit, jak bych to zvládla, kdybych na to čekání byla sama. Kdybych neměla doma partnera a kdyby mě nepodporovali rodiče, asi bych se zbláznila.“* Další respondentka říká: *„Jednou, když byl manžel v práci a já byla sama doma, volala jsem do gynekologické ambulance, kam chodím. Chtěla jsem vědět, jestli už neví výsledky. Porodní asistentka mi řekla, že ještě ne a já jsem se neudržela a rozplakala se. Byla na mě hodná, povídala si se mnou a uklidnila mě, že hned jak budou něco vědět, určitě se mi ozvou. Mohla mě odbýt, jistě měla spoustu práce, ale neudělala to a mně to tehdy pomohlo.“*

Kategorie 4: Okolnosti a délka rozhodování o ukončení či pokračování těhotenství

Pro všechny dotazované ženy nebylo rozhodování jednoduché a u každé z nich probíhala tato situace jinak.

První respondentka své rozhodování popisuje jako velmi zdlouhavé. Dlouho se rozhodovala i o amniocentéze. Uvažovala totiž po prvotním šoku o tom, že si dítě s Downovým syndromem nechá. *„Snažila jsem se zjistit dostupné informace ze života rodin s postiženými dětmi. Kontaktovala a navštívila jsem i centra, kde se rodiče s dětmi*

s Downovým syndromem setkávají. Uvažovala jsem o tom, že by to do naší rodiny přineslo nový životní rozměr. Manžel ale tehdy můj názor nesdílel a odradil mě i rozhovor s fyzioterapeutem, který mi nastínil obraz zklamaných a unavených matek postižených dětí a jejich lichých nadějí. Najednou jsem si uvědomila, že bych se nemohla dívat na to, jak mé nemocné dítě trpí. Neměla bych radost ze života. Technicky bych to zvládla, ale bez radosti.“ Při rozhodování jí pomáhala celá rodina a trvalo to asi dva týdny.

Druhá respondentka se nechce o okolnostech svého rozhodování příliš rozšiřovat. Říká jen, že jí výrazně ovlivnil partner a rodiče a o ukončení těhotenství se rozhodla v rozmezí pár dnů.

Třetí respondentka se o ukončení těhotenství rozhodovala asi týden. Zásadní pro ni bylo, že partner po zkušenosti v rodině dítě s Downovým syndromem odmítá. *„Neměla jsem příliš možností k rozhodování, partner mi hned řekl, že život s postiženým dítětem nezvládne. To bylo pro mě rozhodující.“*

Čtvrtá respondentka uvádí, že spolu s partnerem zvažovali obě možnosti. *„Přítel mi vytiskl všechny články z internetu. Jen jsme se pořád nemohli shodnout. Když jsem byla ve fázi, že to zvládneme se o postižené dítě postarat a že už by se další těhotenství nemuselo podařit, on se na to absolutně necítil. A druhý den jsme si své postoje vyměnili. Bylo to k zbláznění. Po týdnu, kdy jsme se kvůli tomu málem rozešli, jsme se nakonec shodli na tom, že oba chceme zdravé dítě a že si dáme ještě jednu šanci. A kdyby to třeba nevyšlo, nebudeme si nic vyčítat.“*

Pátá respondentka si týden odmítala připustit, že je to pravda. S manželem se každý den hádala, že si něco vymýšlí. *„Po týdnu probdělých nocí se ve mně něco zlomilo a já si uvědomila, že chci zdravé dítě. To rozhodlo a manžel i rodina mě absolutně podpořili a podporují mě i teď.“*

Kategorie 5: Zkušenost s genetickým postižením v rodině nebo okolí

Každá z oslovených žen se někdy ve svém životě setkala s člověkem postiženým Downovým syndromem. Tři respondentky udávají jen nahodilou a výjimečnou zkušenost. Tuto zkušenost všechny tři ženy hodnotí spíše jako negativní. Jedna z nich

uvedla: „*Neumím si představit, že bych měla postižené dítě. Nevěděla bych si rady s tím, jak se o něj starat. Takové dítě by jistě vyžadovalo speciální péči, která by byla náročná. Časem bych určitě musela ošidit o svou pozornost partnera a celou rodinu. Omezilo by to všechny naše aktivity. A na to, abych ho odložila někam do ústavu, nemám povahu ani já, ani můj partner.*“ Další žena říká: „*Kdybych nezvládla se postarat o postižené dítě, připadala bych si, že jsem v péči selhala a to nechci připustit.*“

Dvě z pěti oslovených žen mají bližší osobní zkušenost s postižením dítěte. Jedna žena má takového člověka ve své rodině, a to v rodině partnera. „*V rodině mého současného partnera mají postižené dítě. Je to velmi náročné pro celou rodinu. Asi by neunesli další postižené dítě. A navíc můj partner je definitivně rozhodnutý, že takové dítě nechce. Říká, že u nás na to stále nejsou dobré podmínky. A když si vybaví, jak na ně všichni lidé koukají, když s malou někam jdou, je mu z toho úzko.*“ Druhá žena má takového člověka ve svém blízkém okolí, a to v rodině svých sousedů. S desetiletou holčičkou s Downovým syndromem se tak setkává téměř denně. Proto uvažovala i o možnosti si postižené dítě nechat. „*Holčička je milá a velmi spontánní. Nevnímám ji jako postiženou. Takže bych si uměla představit se o takové dítě starat. Samozřejmě bych raději měla zdravé dítě.*“

Kategorie 6: Spokojenost s péčí a chováním personálu během hospitalizace

Všechny dotazované respondentky nemají k péči a chování personálu žádné výhrady. Tři ženy hodnotí péči a chování personálu jako stoprocentní. Jedna z nich přímo uvedla: „*Nemám jedinou výhradu. Obdivuji profesionální přístup lékařů i porodních asistentek. Jejich citlivý přístup. Nekomentují, zbytečně se nevyptávají. Manžel za mnou mohl přijít kdykoli a byla jsem sama na pokoji a nemusela komunikovat s nikým cizím.*“ Druhá žena chválila: „*Asi jsem měla štěstí, když porodní asistentka, která mě přijímala, měla denní službu i další dva dny. Bylo mi příjemné, že se o mě přes den starala jedna sestřička po celou dobu, co jsem tu ležela. Všechno o mně věděla a já měla za chvíli pocit, že není cizí a že jí opravdu zajímá, jak se mám a jak se cítím. Nemusela jsem jí pokaždé říkat, že za mnou přijde manžel. Respektovala*

naše soukromí. Chovala se velmi profesionálně a přitom byla milá.“ Další dvě ženy uvedly, že byly celkem spokojené, uvítaly by jen více soukromí, protože neměly možnost být samy na pokoji. „Když jsem přišla do nemocnice, hned jsem se ptala, jestli nemají volný samostatný pokoj. Byla jsem ochotná si zaplatit i nadstandardní pokoj, abych byla sama. Bohužel byly všechny jednolůžkové pokoje obsazené. Sestřičky mě uložily na pokoj s paní, které těhotenství taky nedopadlo dobře, tak jsem se alespoň necítila tak špatně a paní se mě na nic nevyptávala. Jen mě mrzelo, že tu se mnou nemohl být partner celou dobu, když jsem nebyla sama na pokoji. Jinak jsem tu byla spokojená. Všichni na mě byli hodní a cítila jsem se tu lépe, než jsem čekala,“ řekla jedna z respondentek.

Kategorie 7: Informovanost o variantách způsobu ukončení těhotenství a možnost výběru

Spokojenost s podáním informací o možnostech ukončení těhotenství ve II. trimestru potvrzují všechny dotazované ženy. Základní informace jim byly podány již při přijetí k hospitalizaci lékařem. Zároveň se všechny ženy shodují na tom, že měly dostatek času na pročetění informovaných souhlasů a byly jim zodpovězeny všechny jejich dotazy. Jedna respondentka byla příjemně překvapena, že lékař zopakoval všechny informace i jejímu partnerovi.

Všechny respondentky též vnímaly pozitivně, že i během prvního hospitalizačního dne jim porodní asistentky vysvětlily důležitost večerní přípravy formou tzv. preindukce potratu, kdy se šetrně připraví děložní hrdlo a je tak zajištěna minimální traumatizace těhotné. Cítily se tak klidnější, když průběžně věděly, co je čeká a že všechny postupy jsou prováděny v souladu s jejich minimálním zatížením.

Druhý den, kdy následovala vlastní indukce potratu, byla všem dotazovaným ženám nabídnuta možnost výběru ze dvou variant ukončení těhotenství. První možností byla intraamniální aplikace preparátu Enzaprost a druhou variantou byla intracervikální aplikace preparátu Cytotec (syntetický analog prostglandinu E1). Čtyři z pěti respondentek zvolily užití Cytotecu formou tablet ihned, pátá respondentka se k této variantě rozhodla po vysvětlení lékaře. Žena uvádí: „Měla jsem strach, že při zvolení

šetrnější metody to bude déle trvat. Chtěla jsem to mít za sebou co nejdřív. Pan doktor mi vysvětlil, že je účinek srovnatelný a u každé ženy to probíhá individuálně, tak jsem si nakonec vybrala zavedení tablet.“

Kategorie 8: Popis průběhu potratu

Každá z žen vnímala a popisovala průběh potratu jinak, přestože jim byla provedena stejná příprava formou preindukce a podán stejný preparát k indukci potratu. Preindukce byla u všech respondentek provedena mechanickou formou, použitím hygroskopického dilatátoru Dilapanu-S.

První respondentka uvádí: *„Když mi večer zavedly ty tyčinky, cítila jsem tlak v podbřišku. To ale po chvíli přešlo a v noci jsem spala celkem dobře. Ráno mě vyšetřili, odstranili tyčinky a zavedli mi tablety. Hrdlo děložní bylo otevřené pro prst. Kontrakce mi začaly až po třetí dávce tablet odpoledne. Bolesti byly časté a slabé. Silnější kontrakce mi začaly až kolem šesté hodiny večer. Potratila jsem v půl deváté večer. Těsně před potratem jsem si řekla o něco na bolest. Stále jsem čekala, že to bude horší. Když to posuzuji zpětně, měla jsem o léky na bolest požádat dřív. Na porodním sále mi provedli revizi dělohy po potratu a po dvou hodinách mě vrátili na oddělení. Cítila jsem se fyzicky dobře, nic mě nebolelo, krvácela jsem slabě a musím říct, že se mi moc ulevilo, že to mám za sebou. Na oddělení jsem zůstala ještě dva dny. Musela jsem mít pevnou podprsenku a léky na zástavu laktace budu muset užívat i doma. Dnes mě propustí. I když jsem tu byla maximálně spokojená, těším se domů.“*

Druhá respondentka popsala potrat takto: *„Večer mi zavedli tyčinky do děložního hrdla, bylo to nepříjemné, ale pak už jsem nic necítila a v noci spala dobře, protože jsem požádala o prášek na spaní. Ráno mi vyndali tyčinky a pan doktor mi vysvětlil, co bude následovat. Také mi říkal, že se to děložní hrdlo příliš nepřipravilo. Asi i proto, že jsem ještě nerodila. Navrhl mi zavedení tablet a já souhlasila. Celý den mi nic nebolelo a po třech hodinách mi zaváděli další tablety. Byla jsem zoufalá, když mi řekli, že dnešní dávka je vyčerpaná a bude se pokračovat následující den. V noci mi ale začaly bolesti a ve tři hodiny ráno mě převezli na porodní sál, protože jsem začala krvácet. Potratila jsem pak celkem rychle, v pět hodin ráno. Když mi vyčistili dělohu, za dvě*

hodiny mě převezli zpět na můj pokoj. Bolelo mě břicho, tak jsem požádala o něco na bolest. Další den už mi bylo dobře, ale jen fyzicky. Dneska jdu domů a mám strach, jak to zvládnou. Co budu říkat, až se mi budou všichni vyptávat. Myslela jsem, že na to nebudu tolik myslet, až to budu mít za sebou, ale je to čím dál horší.“

Třetí respondentka udává, že téměř celou noc nespala. Nic jí po zavedení tyčinek Dilapanu nebolelo, ale byla nervózní a měla strach, jak vše zvládne. Nepožádala o léky na spaní, protože si myslela, že se jí podaří usnout. *„Ráno jsem byla unavená a ubrečená. Pan doktor mě ale trochu uklidnil a byla jsem ráda, že mi tablety zavedou na oddělení a nebudu muset na operační sál, kde se provádí ta druhá metoda. Bolesti mi začaly už po druhém zavedení tablet a potratila jsem odpoledne. Byla jsem ráda, že to bylo tak rychle. Když mi po revizi dělohy vrátili ze sálu zpět na pokoj, kde na mě čekal partner, cítila jsem velkou úlevu a byla jsem ráda, že je se mnou. Chtěla jsem, aby mě propustili hned následující den, ale pan doktor mi řekl, že tu ještě musím zůstat. Dneska půjdu konečně domů.“*

Čtvrtá respondentka prožívala celou hospitalizaci velmi obtížně. Od přijetí neustále plakala a ani po podání léků na uklidnění necítila úlevu. Bylo náročné s ní navázat jakýkoli kontakt. Zpočátku odmítala komunikovat s lékařem i porodními asistentkami. Když se podařilo navázat kontakt, komunikovala velmi omezeně, jen v rámci nutnosti. Intervenci psychologa odmítla. Situace se změnila až při nástupu děložních kontrakcí, kdy začala spontánně odpovídat na dotazy porodní asistentky a po potratu ve večerních hodinách již komunikovala naprosto bez zábrán a bez potíží. Plačtivá ale zůstala stále po celou dobu hospitalizace. Během rozhovoru již aktivně odpovídá na všechny otázky a vysvětluje: *„Nevím, co se to se mnou dělo. Jakmile jsem přišla do nemocnice, uvědomila jsem si definitivně, že přicházím o své dítě a nedokázala zastavit pláč a vydat ze sebe slova. Měla jsem strach, že mě pošlete domů, když s vámi nebudu mluvit, tak jsem se překonala a zvládla to. Úlevu jsem pocítila, až když mi začaly bolesti a věděla jsem, že už se to všechno vyřeší a bude konec. Obdivuji vaši trpělivost a ohleduplný přístup.“*

Pátá respondentka tvrdí, že celou hospitalizaci i potrat snášela bez potíží, protože si v sobě vše vyřešila již doma. Říká, že bolest snáší dobře, jen v nemocnici byla

poprvé, a tak měla trochu obavy, jak to zvládne. Uklidnilo ji, že vždy dostala uspokojivé vysvětlení všech nejasností a průběžně věděla, co se s ní bude dít. Podporou jí byl manžel a rodiče, se kterými byla průběžně v kontaktu, manžel jí navštěvoval denně.

Kategorie 9: Dostupnost a využití péče psychologa

Pouze dvě z pěti dotazovaných žen uvádí, že jim byla nabídnuta péče psychologa. Ostatní respondentky o této možnosti nevěděly ani nebyly informovány. Ženy, kterým byla intervence psychologa nabídnuta, ji odmítly. Jedna z žen vysvětluje své rozhodnutí: *„Nechtěla jsem nikomu dalšímu vyprávět, jak se cítím. Podpořil mě hlavně manžel. Když bych měla říct, kdy bych pomoc psychologa neodmítla, určitě by to bylo v době, kdy jsem se rozhodovala, jestli si mám dítě nechat, či ne. To byla pro mě daleko víc bezvýchodná situace.“*

Na dotaz, zda by využily možnosti pohovoru s psychologem, tři neinformované respondentky odpověděly, že ano. Jedna z těchto žen zmínila: *„Nikdo se mě neptal, jestli bych nechtěla využít pohovor s psychologem. Asi jsem vypadala, že to tu snáším dobře. Kdyby mi byla tato možnost nabídnuta, jistě bych ji neodmítla. Určitě bych ji uvítala už dřív, hlavně když jsem se musela rozhodnout, jestli mám jít na potrat, nebo jestli si mám nechat postižené dítě.“* Všechny dotazované respondentky se shodly na tom, že by péči psychologa upřednostňovaly již v době, kdy se dozvěděly o špatné prognóze svého těhotenství a rozhodovaly se o jeho pokračování, či ukončení.

Kategorie 10: Připomínky k vylepšení ošetrovatelské péče a pobytu v nemocnici

Dvě z pěti oslovených žen neměly k průběhu hospitalizace ani ošetrovatelské péči žádné připomínky. Na dotaz, co během pobytu v nemocnici postrádaly a co by uvítaly, odpověděly, že je nic nenapadá. Ostatní tři respondentky se shodly na tom, že by uvítaly podání informace o možnosti péče psychologa. Zároveň všechny tři ženy shodně připomínkovaly přeložení na porodní sál z oddělení k vlastnímu potratu a revizi dutiny děložní. Jedna z žen přímo komentuje: *„Byla jsem překvapená, když mi řekli, že*

potrácet budu na porodním sále. Připadalo mi to nevhodné, abych prožívala tu nepříjemnou událost vedle šťastných maminek, které právě rodí zdravé dítě. Někomu to třeba nevadí, ale já měla nepříjemný pocit a byla jsem ráda, když jsem byla zpátky na svém pokoji.“ Dvě respondentky ještě postrádaly dostatek soukromí, protože nebyly samy na pokoji.

Kategorie 11: Plánování dalšího těhotenství

Všechny dotazované ženy zmiňují obavy při plánování dalšího těhotenství. Jedna z žen přímo uvedla: *„Nevím, zda se mám pokoušet o další těhotenství. Mám dvě zdravé děti a situaci, kterou mám teď za sebou, už bych nechtěla zažít znovu. Můj partner ale žádné svoje děti nemá a moc by si alespoň jedno své dítě přál. Ráda bych mu jeho přání splnila, i když to asi nebude hned.“*

Další z respondentek je rozhodnuta: *„Nevzdám to a budu se určitě pokoušet otěhotnět znovu. Život bez dítěte si neumím představit.“*

Všechny respondentky jsou rozhodnuty, že další těhotenství budou plánovat po domluvě se svým gynekologem a všechny si výhledově další těhotenství přejí.

Kategorie 12: Identifikační údaje

Výzkumný soubor je tvořen ženami ve věku od 26 do 40 let. Dvě respondentky jsou vdané, dvě respondentky svobodné a jedna respondentka je rozvedená.

Jedna respondentka je vyučená, dvě mají ukončené středoškolské vzdělání s maturitou a dvě respondentky jsou vysokoškolsky vzdělané.

Z pěti respondentek jsou dvě ženy těhotné poprvé, dvě respondentky již rodily, z toho jedna žena rodila dvakrát, a jedna žena má za sebou jeden porod a jeden zamlklý potrat v prvním trimestru těhotenství. Jedna respondentka je těhotná podruhé, přičemž první těhotenství skončilo zamlklým potratem v prvním trimestru.

Identifikační údaje slouží pouze k doplnění údajů o respondentkách. Mohly by být jedním z faktorů, jež ovlivňují vznik patologie v těhotenství, ale nikterak neovlivňují rozhodnutí žen o ukončení těhotenství a pro výzkum tedy nemají důležitý význam.

Identifikační údaje pěti dotazovaných respondentek jsou uvedeny v následující Tabulce 1.

Tabulka 1: Identifikační údaje respondentek

Respondentka	Věk	Rodinný stav	Ukončené vzdělání	Gravidita	Parita
R1	38 let	Vdaná	VŠ	3	1
R2	26 let	Svobodná	SŠ	1	1
R3	40 let	Rozvedená	VŠ	3	2
R4	34 let	Svobodná	SŠ	2	1
R5	38 let	Vdaná	vyučená	1	1

Zdroj: vlastní zpracování, 2013

5 Diskuze

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit a stanovit faktory, které ovlivnily rozhodování žen o umělém ukončení těhotenství ve II. trimestru z genetické indikace, a zároveň zmapovat spokojenost žen s ošetrovatelskou péčí a přístupem porodních asistentek v průběhu hospitalizace.

Informace, potřebné k provedení výzkumu, byly získávány formou hloubkového strukturovaného rozhovoru. Získaná data byla následně kategorizována, přičemž k jejich interpretaci byla použita i citace respondentek.

Bylo osloveno pět žen s diagnózou umělé ukončení těhotenství ve II. trimestru z genetické indikace před jejich propuštěním do domácí péče.

Všechny respondentky daly souhlas s vedením rozhovoru a s použitím získaných informací. Výzkum proběhl na Gynekologicko-porodnické klinice FN Plzeň.

Nejprve byly ženy dotazovány na počet a průběh předchozích těhotenství. Dvě z dotazovaných žen byly těhotné poprvé, jedna žena podruhé, přičemž její první těhotenství skončilo též neúspěšně jako zamlklý potrat v 9. týdnu. Další dvě ženy zmínily i úspěšná těhotenství, jejich průběh hodnotily jako fyziologický a bez potíží a těhotenství byla zakončena spontánním porodem v termínu. Jedna z nich měla v anamnéze zamlklý potrat v 8. týdnu těhotenství a druhá respondentka, která rodila, uvedla zatíženou rodinnou anamnézu současného partnera, kdy ona sama má dvě zdravé děti z předchozího manželství.

Z uvedeného tedy vyplývá, že zatíženou porodnickou anamnézu měly jen dvě z oslovených respondentek, kdy patologií u obou bylo prodělání zamlklého potratu. Zatíženou rodinnou anamnézu měla jedna žena.

I Zwinger (2004) ve své knize podporuje názor, že pro plánování těhotenství je nezbytnou součástí sběr osobní a rodinné anamnézy, aby se včas vyloučily možné komplikace a patologie v průběhu těhotenství. Nussbaum (2004) uvádí, že zatížená porodnická a gynekologická anamnéza může být předzvěstí následné patologie. Proto je často ženě doporučeno genetické vyšetření obou partnerů při opakovaně neúspěšném průběhu těhotenství nejen ve II. trimestru, ale již v I. trimestru. Jednou z rolí porodní

asistentky je správně edukovat ženu o důležitosti a správnosti údajů anamnézy, jak uvádí Kutnohorská (2007).

Ani jedna z oslovených žen se zatíženou porodnickou anamnézou však neabsolvovala genetické vyšetření před nynějším těhotenstvím. Jedna respondentka uvedla: *“Otěhotněla jsem brzy po tom, co jsem potratila, tak jsem ani žádné další vyšetření nestihla.”* Druhá respondentka, která měla v anamnéze zamlklý potrat, nepřikládala neúspěchu předchozího těhotenství důležitost. Žena se zatíženou rodinnou anamnézou ze strany partnera požádala svého gynekologa o genetické vyšetření na začátku nynějšího těhotenství.

Další dotazování během výzkumného šetření bylo zaměřeno na způsob sdělení patologie v nynějším těhotenství. S výjimkou jedné respondentky, která se dozvěděla nepříznivou prognózu svého těhotenství od genetika, všechny ostatní dotazované ženy získaly tuto informaci od svého gynekologa. Všechny respondentky se shodly na tom, že jim byla zpráva sdělena velmi ohleduplně a zároveň jim byla nabídnuta možnost zodpovězení všech následných dotazů i v přítomnosti partnera. Naše zjištění bylo uspokojivé, protože bylo potvrzeno, že lékaři i porodní asistentky jednali v souladu se zásadami správné a efektivní komunikace a ovládají komunikační dovednosti vedoucí ke kvalitnímu uspokojení potřeb člověka, jak píše Pokorná (2010). Dokázali tak adekvátně zvládnout veškeré emocionální prožitky žen ve všech fázích šoku a vytvořit příznivou atmosféru a důvěryhodný vztah při prožívání složité životní situace a redukovat nežádoucí psychickou zátěž. Poskytli ženám i jejich partnerům podporu a poradenství svým individuálním přístupem.

Na dotaz o sdělení patologie v nynějším těhotenství navazovala otázka o absolvovaných genetických vyšetřeních a oznámení jejich výsledků. Zjistili jsme, že kromě jedné respondentky absolvovaly všechny ženy amniocentézu. Respondentka, která odběr plodové neabsolvovala, amniocentézu odmítla. Důvodem jejího rozhodnutí byla obava z potratu po invazivním vyšetření. Uvedla, že nemohla dlouho otěhotnět a vyšetření jí rozmlouval i manžel. Její obavu nezmírnila ani informace, že riziko výkonu by nemělo převyšovat jeho přínos, jak uvádí Čech (2006). Žena pozitivně hodnotila skutečnost, že jí do vyšetření nikdo nenutil a mohla se sama rozhodnout.

Vrozenou vadu plodu se dozvěděla při ultrazvukovém vyšetření, kde byly zjištěny malformace plodu neslučitelné se životem. „*Řekli mi, že by miminko se všemi vadami, co zjistili, nepřežilo anebo umřelo krátce po porodu.*“ Ženě bylo doporučeno ukončení těhotenství.

Ostatní čtyři respondentky upřednostnily amniocentézu a shodně uvedly, že obava z postižení plodu převýšila obavu z potratu následkem vyšetření. Tři z nich se rozhodly o vyšetření ihned, jedna žena se rozhodovala dva týdny. Všechny čtyři dotazované respondentky zmínily strach z bolesti při odběru plodové vody. Uklidnilo je vysvětlení lékaře, že se bolesti nemusí obávat. Následně hodnotily dvě z žen, absolvující odběr plodové vody, bolest při výkonu na škále bolesti stupněm dva, dvě ženy žádnou bolest při výkonu neudávaly. Obavy z bolesti při výkonu a z následného potratu plodu zmiňuje ve své knize i Ratislavová (2008).

Amniocentéza je jednou z metod invazivní prenatalní diagnostiky, která obnáší pro ženu i pro plod určité riziko. Čech (2006) udává 0,5 - 1% riziko potratu, jiné komplikace jako např. únik plodové vody či infekce a poranění plodu jsou vzácné. Všechny respondentky, absolvující aminocentézu, se zařadily mezi většinu žen, kterým odběr plodové vody nezpůsobil žádné komplikace.

Výsledky vyšetření se ženy definitivně dozvěděly za tři týdny po jeho provedení. Tři respondentky se informací o nepříznivém výsledku amniocentézy dozvěděly od svého gynekologa, jedna od lékaře na genetice. Dobu, než se dozvěděly výsledky vyšetření, všechny respondentky hodnotí jako velmi náročnou. Prožívaly ji s intenzivními pocity strachu, úzkosti a nejistoty. Aby situaci zvládly, pomáhal jim partner a rodina. Jedna žena uvedla i podporu porodní asistentky u jejího gynekologa. Stejně pocity při čekání na výsledek diagnostického vyšetření popisuje Ratislavová (2008).

Výzkumným šetřením se potvrdilo, že invazivní diagnostické metody vyšetřování jsou pro ženy zdrojem psychické a emocionální zátěže. Negativní pro psychiku ženy je též dlouhá doba čekání na výsledky vyšetření. Proto se stále více do popředí prenatalního vyšetřování dostává neinvazivní diagnostika. Rozvoj technických možností současné medicíny způsobil zdokonalování zejména ultrazvukové vyšetření, které

je v prenatalní diagnostice stále více upřednostňováno. Jeho výhodou je, že neobnáší pro ženu žádnou fyzickou zátěž, čímž se zvyšuje její komfort a zároveň jsou eliminovány obavy z bolesti při vyšetření. Dalším přínosem pro ženu je okamžitý výsledek, čímž je vyloučeno dlouhé čekání, což se dočteme i u Hájka (2004).

Otázkou však zůstává, zda stále ještě není v podvědomí naší veřejnosti příliš zakořeněn názor, že odběr plodové vody je nejspolehlivější a nejpřesnější pro zjištění vývojových vad plodu. Vždyť 80 % respondentek se rozhodlo pro invazivní vyšetření a odmítla jej jen jedna žena.

V dotazování jsme pokračovali otázkou na okolnosti a délku rozhodování o ukončení či pokračování těhotenství. Každá žena popisovala tuto situaci jinak. Shodly se na tom, že rozhodování bylo velmi těžké a ovlivnil je zejména názor jejich partnera, rodiny, ale i informace získané od lékaře a porodní asistentky. První respondentka přímo uvádí, že její rozhodování bylo zdlouhavé již při absolvování amniocentézy. Uvažovala totiž o možnosti, že si postižené dítě nechá. *„Snažila jsem se zjistit dostupné informace ze života rodin s postiženými dětmi. Kontaktovala a navštívila jsem i centra, kde se rodiče s dětmi s Downovým syndromem setkávají. Uvažovala jsem o tom, že by to do naší rodiny přineslo nový životní rozměr.“* Radila se i s partnerem a rodinou. Druhá žena se o okolnostech svého rozhodování nechtěla příliš zmiňovat, ale z jejích slov vyplynulo, že ji ovlivnil hlavně partner a rodiče. Třetí respondentka přijala bez výhrad rozhodnutí svého partnera, který jednoznačně odmítal postižené dítě, zejména kvůli zkušenosti ve své rodině. Přímo uvedla: *„Neměla jsem příliš možnosti k rozhodování, partner mi hned řekl, že život s postiženým dítětem nezvládne. To bylo pro mě rozhodující.“* Čtvrtá žena se rozhodovala společně se svým manželem a k rozhodování jim napomáhaly informace získané na internetu. Páté respondentce nejdéle trvalo samotné uvědomění si problému. V tom jí pomohl zejména manžel. Společně rozhodli též o ukončení těhotenství.

Když jsme porovnali výsledek výzkumného šetření s tím, co uvádí Ratislavová (2008) ve své knize, došli jsme k názoru, že se shodují. Těhotenství přímo ovlivňuje nejen život ženy, ale zasahuje do celého rodinného systému. Psychickou i sociální podporu ženy tak zajišťuje zejména partner, ale i celá rodina, jak právě zmiňuje

Ratislavová (2008). Významný vliv mají informace od lékaře a porodní asistentky, ale i z ostatních informačních zdrojů. Dle Špatenkové (2004) ženy v jejich rozhodování ovlivňují též jejich morální zásady a svědomí. Stává se tak, že žena uvažuje o pokračování těhotenství i při zjevném postižení plodu, což jsme zaznamenali i u jedné z respondentek, která zvažovala možnost si postižené dítě nechat.

Rozhodování ženy o pokračování, či ukončení nepřímo ovlivňuje i osobní zkušenost s postižením dítěte v rodině nebo okolí. Tato zkušenost byla předmětem našeho dalšího dotazování. Všechny dotazované respondentky zmiňují, že se s postiženým dítětem či dospělým člověkem ve svém životě někdy setkaly. Jedna žena dokonce ve své rodině a jedna ve svém blízkém okolí, ostatní ženy uvádí pouze nahodilou a výjimečnou zkušenost. Většinu respondentek ovlivnila tato zkušenost spíše negativně, pouze jedna žena ji vidí pozitivní natolik, že uvažovala o pokračování svého těhotenství. Negativní názor přikládají ženy obavám a nejistotě, že by se o postižené dítě nezvládly postarat a že by tak znevýhodnily celou svou rodinu.

Druhá část výzkumného šetření byla zaměřena na samotnou hospitalizaci, průběh ukončení těhotenství a spokojenost žen s ošetrovatelskou péčí a chováním personálu.

Všechny dotazované respondentky potvrzují spokojenost s podáním informací o možnostech ukončení těhotenství ve II. trimestru. Základní informace jim byly podány již při přijetí do nemocnice a další pak v průběhu celé hospitalizace. Kladně hodnotily též možnost informovat partnera. Této možnosti však využila pouze jedna respondentka. U všech žen byla večer prvního dne hospitalizace provedena preindukce potratu formou zavedení hygrokopických tyčinek Dilapanu-S a vysvětlen jejich účinek dle zvyklosti kliniky. Preindukce potratu je možno provádět též intracervikální aplikací prostaglandinů, jak uvádí Rob et al. (2008). Všem respondentkám byly nabídnuty dvě varianty ukončení těhotenství. První variantou byla intraamniální aplikace přípravku Enzaprost, druhou variantou byla intracervikální aplikace přípravku Cytotec. Všechny ženy zvolily druhou možnost po domluvě s lékařem. Gynekologicko-porodnická klinika v Plzni v současné době upřednostňuje tuto variantu. Zejména proto, že obnáší pro ženu minimální fyzickou i psychickou zátěž. Zároveň je tato metoda méně náročná pro aplikaci. Před podáním Cytotecu podepsaly všechny klientky nutně informované

souhlasy (s použitím preparátu, s obsahem léku misoprostol, s umělým ukončením těhotenství po 12. týdnu a s revizí dutiny děložní) a byly poučeny nejen o výhodách tohoto preparátu, ale i o tom, že misoprostol není registrován v České republice a je potřeba do týdne nahlásit jeho použití SÚKLu. Použití tohoto preparátu je postupem lege artis. Byly tak správně splněny všechny postupy pro ukončení těhotenství v souladu s doporučenými postupy i v souladu s uvedeným v knize Rob et al. (2008). Podle výsledku výzkumného šetření byla vhodně zvolena metoda ukončení těhotenství u všech respondentek, protože všechny úspěšně potratily do druhého dne po indukci a ta nemusela být s odstupem opakována. Zároveň nenastaly u žen žádné komplikace v průběhu celé hospitalizace. Byly dodrženy zásady minimální traumatizace těhotné ženy s adekvátní informovaností, jak doporučuje Sák (2008) ve standardu č. 339. Dle tohoto standardu od Sága (2008) byly splněny i všechny ošetrovatelské postupy.

Spokojenost s chování personálu, včetně porodních asistentek, byla zjištěna u všech respondentek. Hodnotily chování jako velmi taktní, vstřícné a ohleduplné. Porodní asistentky byly vždy k dispozici, aby řešily problémy žen v rámci jejich kompetencí nebo včas přivolaly lékaře. Dotazováním jsme zjistili připomínky týkající se spíše organizačních možností zdravotnického zařízení. Dvě respondentky by byly více spokojeny, kdyby byly samy na pokoji a měly tak více soukromí. V jejich případě nebylo možno tento požadavek splnit z důvodu obsazení jednolůžkových pokojů. Ostatním ženám byla tato možnost splněna a ty shodně dostatek soukromí ocenily. Další výhrady k průběhu hospitalizace se týkaly vlastního potratu na porodním sále. Tři z dotazovaných žen uvedly, že je přeložení na porodní sál překvapilo a nebylo jim příjemné. Připadalo jim nevhodné, aby „*tu nepříjemnou událost musely prožívat vedle šťastných maminek, které právě porodily zdravé dítě,*“ jak uvedla jedna z těchto tří respondentek.

Stojí tak za zvážení, zda by nemělo zdravotnické zařízení změnit své zvyklosti, které mají jistě své opodstatnění, ale mohou traumatizovat ženy při potratu.

Dále jsme dotazováním zjišťovaly, zda byla ženám během hospitalizace nabídnuta možnost intervence psychologa. Bylo tak učiněno pouze ve dvou případech, kdy oslovené ženy tuto intervenci odmítly. Ostatní respondentky o možnosti konzultace

s klinickým psychologem nevěděly, ani nebyly informovány. Na otázku, zda by této možnosti využily, kdyby jim byla poskytnuta, odpověděly ano. Výzkumným šetřením byl zjištěn zajímavý poznatek. Všechny ženy se shodly na tom, že by upřednostňovaly péči psychologa spíše v době, kdy se rozhodovaly o ukončení či pokračování těhotenství. Toto období shodně hodnotily jako pro ně nejtěžší.

V závěru rozhovoru byly u žen zjišťovány identifikační údaje pro doplnění základních informací o nich. Respondentky byly též dotazovány, zda budou plánovat další těhotenství. Všechny respondentky uvedly, že další těhotenství budou plánovat po domluvě s partnerem a rodinou a též se svým gynekologem. Zároveň vyjádřily z plánování dalšího těhotenství jisté obavy, aby se neúspěch neopakoval. Zde vzniká prostor pro porodní asistentku, která by měla pomoci ženám vyrovnat se se ztrátou a případně jim nabídnout další poradenství, jak uvádí i Ratislavová (2008).

Z výsledků výzkumného šetření byly odvozeny odpovědi na výzkumné otázky.

Ženy při rozhodování o ukončení těhotenství ovlivňují v první řadě výsledky prenatalního vyšetření, neméně rozhodující je pro ně názor partnera i rodiny a řídí se též doporučením svého gynekologa. Nepřímo jsou ovlivňovány svými morálními zásadami a svědomím a též osobní zkušeností s postižením dítěte. Rozhodování je vždy složité a pro ženu velmi bolestné.

Spokojenost s ošetrovatelskou péčí a přístupem porodních asistentek vyjádřily všechny dotazované ženy. Průběh výkonu a současně průběh hospitalizace se u všech žen obešel bez závažných komplikací. Všechny respondentky též shodně uváděly, že chování porodních asistentek, jako i ostatního zdravotnického personálu, bylo velmi taktické a ohleduplné. U všech žen byla zmírněna nejistota a obavy v souvislosti s indukovaným potratem na základě průběžného a vyčerpávajícího podání všech nutných informací v souvislosti s výkonem. Kladně hodnotily zároveň i ochotu podat informace jejich partnerovi.

Připomínky respondentek se týkaly organizačních možností zdravotnického zařízení, kde bylo výzkumné šetření prováděno. Jednalo se o nemožnost hospitalizace na jednolůžkovém pokoji a umístění žen pro vlastní potrat a revizi po potratu na porodní sál. Připomínky zmínily tři dotazované ženy.

Výzkumné šetření zároveň odhalilo nedostatek v uspokojování psychických potřeb žen. Příčinou nedostatečného uspokojení psychických potřeb žen bylo opomenutí nabídnout ženám možnost intervence psychologa. Možnost péče psychologa byla nabídnuta pouze dvěma respondentkám, přičemž ženy, kterým nebyla intervence psychologa nabídnuta, by tuto možnost neodmítly.

Závěr

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit faktory, které ovlivnily rozhodování žen o umělém ukončení těhotenství ve II. trimestru z genetické indikace, a zjistit spokojenost žen s ošetrovatelskou péčí a přístupem porodních asistentek během hospitalizace. Z cílů byly odvozeny dvě výzkumné otázky a to, jaké faktory ovlivnily ženy při umělém ukončení těhotenství ve II. trimestru z genetické indikace, a jak byly ženy spokojeny s ošetrovatelskou péčí a přístupem porodních asistentek během hospitalizace. K výzkumu bylo použito kvalitativního šetření metodou dotazování. Na Gynekologicko-porodnické klinice FN Plzeň byly vedeny hloubkové strukturované rozhovory s pěti ženami s diagnózou indukovaného potratu z genetické indikace v lednu až březnu 2013. Rozhovory byly zpracovány a následně kategorizovány. Cíle práce byly splněny a současně zodpovězeny obě výzkumné otázky. Výzkumným šetřením bylo odhaleno i zjištění, že všechny dotazované ženy by uvítaly možnost nabídnutí intervence psychologa již při svém rozhodování o ukončení, či pokračování těhotenství. Jistě by stálo za zvážení zopakovat toto výzkumné šetření s časovým odstupem a na větším výzkumném souboru k porovnání s výsledky našeho šetření. Tato práce bude sloužit jako podklad k následnému výzkumu a jako podklad k vytvoření přednášky pro porodní asistentky pracující na gynekologických ambulancích a na lůžkových odděleních.

Seznam použité literatury

Tištěné zdroje

BÁRTLOVÁ, Sylva, 2008. *Výzkum a ošetrovatelství*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-807-0134-672.

ROB, Lukáš, Alois MARTAN a Karel CITTERBART, 2008. *Gynekologie*. 2. dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén. 319 s. ISBN 978-807-2625-017.

ČECH, Evžen, 2006. *Porodnictví*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. 544 s. ISBN 80-247-1303-9.

FARKAŠOVÁ, Dana, 2006. *Ošetrovatelství - teorie*. 1. české vyd. Martin: Osveta. 211 s. ISBN 80-806-3227-8.

HÁJEK, Zdeněk, 2004. *Rizikové a patologické těhotenství*. 1. vyd. Praha: Grada. 443 s. ISBN 80-247-0418-8.

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2002. *Lékařská etika*. 3. rozš. vyd. Praha: Galén. 272 s. ISBN 80-726-2132-7.

HENDL, Jan, 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Praha: Portál. 407 s. ISBN 80-736-7040-2.

Kolektiv autorů, 2002. *Průvodce ošetrovatelskou dokumentací od A do Z*. 1. české vyd. Překlad Simona Šeclová. Praha: Grada. 389 s. ISBN 80-247-0278-9.

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2007. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada. 163 s. ISBN 978-802-4720-692.

LEIFER, Gloria, 2004. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada. 951 s. ISBN 80-247-0668-7.

MAREČKOVÁ, Jana, 2006. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.

MIKŠOVÁ, Zdeňka, 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče* 1. aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada. 248 s. ISBN 80-247-1442-6.

- MIKŠOVÁ, Zdeňka, Marie FRONKOVÁ a Marie ZAJÍČKOVÁ, 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče* 2. aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada. 171 s. ISBN 80-247-1443-4.
- NUSSBAUM, McInnes [z anglického originálu přeložil kolektiv pod vedením Petra GOETZE], 2004. *Klinická genetika*. Vyd. 1. Praha: Triton. ISBN 80-725-4475-6.
- POKORNÁ, Andrea, 2010. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. Vyd. 3., dopl. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 104 s. ISBN 978-80-7013-524-2.
- PRITCHARD, D. a Bruce R. KORF, 2007. *Základy lékařské genetiky*. 1. české vyd. Praha: Galén. 182 s. ISBN 978-807-2624-492.
- RATISLAVOVÁ, Kateřina, 2008. *Aplikovaná psychologie porodnictví [psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí: psychosomatická medicína: učební texty pro porodní asistentky]*. 1. vyd. Praha: Reklamní atelier Area. 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4.
- ROZTOČIL, Aleš, 2008. *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada. 405 s. ISBN 978-802-4719-412.
- SÁK, Petr, 2008. *Standardy ošetrovatelské péče pro porodní asistenci*. 1. vyd. České Budějovice: Nemocnice České Budějovice. 238 s. Závazné směrnice Nemocnice České Budějovice. ISBN 978-80-254-3774-2.
- SLEZÁKOVÁ, Lenka, 2011. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada. 269 s. ISBN 978-80-247-3373-9.
- ŠPATENKOVÁ, Naděžda, 2004. *Krizová intervence pro praxi*. Vyd. 1. Praha: Grada. 197 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0586-9.
- TRACHTOVÁ, Eva, Dagmar MASTILIAKOVÁ a Gabriela FOJTOVÁ, 2001. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Vyd. 2. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 185 s. ISBN 80-701-3324-4.
- VÁCHA, Marek Orko, Radana KÖNIGOVÁ a Miloš MAUER, 2012. *Základy moderní lékařské etiky*. Vyd. 1. Praha: Portál. 302 s. ISBN 978-807-3677-800.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ, 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

ZWINGER, Antonín, 2004. *Porodnictví*. 1. vyd. Praha: Galén. 532 s. ISBN 80-726-2257-9.

Elektronické zdroje

CALDA, Pavel, 2010. Screening v 1. trimestru (11. - 13. týden). *In: Oddělení ultrazvukové diagnostiky a Centrum fetální medicíny* [online]. [cit. 2013-04-18]. Dostupné z: <http://cfm.gynpor.cz/informaceprotehotnepacientky/neinvazivnivysvetreni/46-screening-v-i-trimestru>.

CALDA, Pavel, 2008. Těhotenství a jeho rizika. *In: Vademecum zdraví*. [online] Jaro 2008. 1. 4. 2008 [cit. 2013-04-22]. Dostupné z: <http://vademecum-zdravi.cz/tehotenstvi-a-jeho-rizika/>.

Česká gynekologie, 2011. *Pravidelná ultrazvuková vyšetření v průběhu prenatální péče*. Brno: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně [online]. Ročník 76, č. 6, s. 492, [cit. 2013-04-23]. Dostupné z: <http://www.gynultrazvuk.cz/data/clanek/4/dokumenty/gynultra20120103.pdf>.

Česká gynekologie, 2012. *Zásady dispenzární péče ve fyziologickém těhotenství*. Brno: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně [online]. Ročník 77, č. 3, s. 265-266, [cit. 2013-04-25]. Dostupné z: <http://www.gynultrazvuk.cz/data/news/42/dokumenty/cesgynek-3-2012---doporuceny-postup---zasady-dispenzarni-pece-ve-fyziologickem-tehotenstvi.pdf>.

ČESKO, 2011. Zákon č. 372 ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). *In: Sbíрка zákonů České republiky 2011* [online]. Aktualizováno 15. 03. 2013, částka 131/2011, § 82 [cit. 2013-04-19]. Dostupný z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372#cast7>.

ČESKO, 1986a. Vyhláška č. 75/1986 Sb. ze dne 7. listopadu 1986, kterou se provádí zákon České národní rady č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství. *In: Sbíрка*

zákonů České republiky [online], aktualizováno 07. 03. 2013, částka 24/1986, [cit. 2013-04-28]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1986-75>.

ČESKO, 1986b. Zákon č. 66 ze dne 20. října 1986 o umělém přerušení těhotenství. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online], aktualizováno 27. 02. 2013, částka 22/1986, [cit. 2013-04-28]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1986-66>.

FRISOVÁ, V., 2012. Ultrazvukové markery nejčastějších vrozených vad plodu, metody screeningu. In: *GynUltrazvuk.cz: Ultrazvuk v porodnictví a gynekologii* [online]. 2012 [cit. 2013-04-19]. Dostupné z: <http://www.gynultrazvuk.cz/data/clanek/22/dokumenty/frisova-v-1st-trim--screening-v1-1--1.pdf>.

Prvotrimestrální skrinink, ©2013. *Arleta IVF s.r.o.: Centrum reprodukčního zdraví* [online]. [cit. 2013-04-15]. Dostupné z: <http://www.arleta.cz/cs/prvotrimestralni-skrinink>.

Seznam tabulek

Tabulka 1: Identifikační údaje respondentek	43
--	----

Seznam příloh

Příloha A: Hlavní indikace k invazivním výkonům	58
Příloha B: Možné ošetrovatelské diagnózy u ženy s indukovaným potratem ve II. trimestru těhotenství z genetické indikace	59
Příloha C: Základní otázky strukturovaného rozhovoru	60

Přílohy

Příloha A

Hlavní indikace k invazivním výkonům

V současné době tvoří hlavní indikace k invazivním výkonům tato kritéria:

- Pokročilý věk matky – tím se rozumí vyšší než 35 let v době termínu porodu
- Předchozí těhotenství s plodem s de novo vzniklou chromozomální vadou
- Přítomnost strukturální chromozomální vady u jednoho z rodičů
- Rodinná anamnéza dědičného onemocnění, které lze diagnostikovat nebo vyloučit biochemickým nebo DNA vyšetřením
- Rodinná anamnéza X – vázaného onemocnění, pro které neexistuje specifické prenatální vyšetření
- Riziko defektu neurální trubice – dnes lze vyšetřit i jinými neinvazivními metodami
- Screening maternálního séra a ultrazvuk
- Nemoc u matky nebo medikace matky či její expozice účinkům teratogenů
- Abnormální objem amniové tekutiny
- Rodiče jsou prokázanými přenašeči určitých chorob (Pritchard et al., 2007; Nussbaum, 2004)

Příloha B

Možné ošetřovatelské diagnózy u ženy s indukovaným potratem ve II. trimestru těhotenství z genetické indikace

00083 Konflikt v rozhodování o ukončení těhotenství

00126 Nedostatek informací

00004 Riziko infekce

00134 Nausea

00148 Strach

00146 Úzkost

00124 Beznaděj

00132 Akutní bolest

00095 Porušený spánek

00093 Únava

00206 Krvácení

00135 Dysfunkční smutek

00069 Neefektivní zvládání zátěže

00051 Zhoršená verbální komunikace

00120 Situačně snížená sebeúcta

00053 Sociální izolace

00072 Neefektivní popírání (Slezáková, 2011; Mikšová, 2006; Mikšová et al., 2006; Marečková, 2006)

Příloha C

Základní otázky strukturovaného rozhovoru

Hlubkový strukturovaný rozhovor se ženami s diagnózou umělé ukončení těhotenství ve II. trimestru z genetické indikace:

1. Kolikrát jste byla těhotná a jak probíhala Vaše předchozí těhotenství?

Doplňující otázka:

- Jaká genetická vyšetření jste absolvovala v předchozích neúspěšných těhotenstvích?

2. Jakým způsobem jste se dozvěděla, že Vaše současné těhotenství není v pořádku?
3. Jaká genetická vyšetření jste absolvovala a kdy a jak jste se dozvěděla výsledky vyšetření?

Doplňující otázky:

- Jak jste byla informována o aminocentéze a jejích rizicích?
 - Jak jste hodnotila bolestivost vyšetření?
4. Jak dlouho jste se rozhodovala o ukončení či pokračování těhotenství a co Vás při rozhodování nejvíc ovlivnilo?
 5. Máte ve své rodině nebo ve svém okolí nějakou podobnou zkušenost?
 6. Jak jste byla spokojená s péčí a chováním personálu během hospitalizace?
 7. Jak jste byla informována o možných variantách ukončení Vašeho těhotenství a měla jste možnost si vybrat způsob ukončení Vašeho těhotenství?
 8. Jak byste popsala průběh Vašeho potratu?
 9. Byla Vám nabídnuta péče psychologa?
 10. Co jste během hospitalizace postrádala a co byste uvítala?
 11. Plánujete další těhotenství?
 12. Identifikační otázky: věk, rodinný stav, vzdělání