



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Žena a potrat

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **PORODNÍ ASISTENCE**

Autor: Nikola Gallová

Vedoucí práce: PhDr. Drahomíra Filausová

České Budějovice 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem *Žena a potrat* jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů 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 elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích 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 bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne

.....

Nikola Gallová

Poděkování

Ráda bych v první řadě poděkovala paní PhDr. Drahomíře Filausové za odborné vedení a cenné rady při psaní této bakalářské práce. Paní doktorce děkuji rovněž za podporu, její čas a ochotu. Své rodině děkuji za trpělivost a podporu během celého studia. Velký dík patří také mému partnerovi Michalu Kristenovi, který se prokázal nesmírnou trpělivostí a ochotou a byl mi při tvorbě práce velkou oporou.

Žena a potrat

Abstrakt

Tato bakalářská práce se zabývá péčí porodní asistentky o ženu s potratem. Konkrétně je práce zaměřena na péči o ženy, které si prošly spontánním potratem, mimoděložním těhotenstvím nebo umělým ukončením těhotenství ze zdravotní indikace. Prvním cílem této práce bylo zjistit, jak porodní asistentky pomáhají v naplňování potřeb u žen, které prodělaly potrat, a druhým cílem následně bylo zjistit spokojenost žen s péčí porodních asistentek.

Práce je členěna na dvě části, a to na část teoretickou a část praktickou. V teoretické části je popsáno vymezení potratů podle české legislativy, dále jsou podrobně popsány příčiny, klinická stádia, diagnostika a terapie spontánního potratu a mimoděložního těhotenství. V teoretické části jsou rovněž rozebrány způsoby umělého ukončení těhotenství v prvním a druhém trimestru a možné komplikace tohoto zákroku. Důležitý úsek teoretické části tvoří kapitola zabývající se psychosociálními aspekty potratu, kam spadá i prožívání potratu ze strany muže nebo proces truchlení, ale také kapitola věnovaná přímo péči porodní asistentky o ženu s potratem.

V praktické části byl proveden kvalitativní výzkum, jehož cíli bylo zjistit, jak porodní asistentky pomáhají v naplňování potřeb u žen, které prodělaly potrat, a zjistit spokojenost žen s péčí porodních asistentek. Výzkumná data byla získána pomocí polostrukturovaných rozhovorů, které proběhly se sedmi respondentkami, jež za svůj život alespoň jednou prodělaly potrat. Rozhovory byly se souhlasem respondentek nahrány, potom přepsány, zanalyzovány metodou „tužka-papír“ a zpracovány celkem do šesti kategorií (Komunikace, Informovanost, Potřeby, Péče porodní asistentky, Partner a Truchlení). Tyto kategorie byly dále členěny do deseti podkategorií.

Pro výzkumnou část práce byly zvoleny tři výzkumné otázky. První otázka zkoumala, jakým způsobem uspokojují porodní asistentky bio-psycho-socio-spirituální potřeby žen, které prodělaly potrat. Výzkum ukázal, že péče porodních asistentek o biologické potřeby je precizní avšak péče o psycho-socio-spirituální potřeby je adekvátní pouze u žen, které prodělaly potrat v druhém trimestru. U žen, které potratily v trimestru prvním, nebyly tyto potřeby ve většině případů dostatečně uspokojeny.

Druhá výzkumná otázka zněla, jak hodnotí ženy péči porodních asistentek v průběhu potratu. Z výzkumu vyplývá, že ženy byly vesměs spokojeny s péčí o jejich fyzickou

stránku a s odborností personálu, avšak několik respondentek nebylo spokojeno s péčí o stránku psychickou. Ženám během péče nejvíce chyběla empatická komunikace, zájem o jejich prožívání a informovanost.

Třetí výzkumná otázka se zabývala tím, jakým způsobem porodní asistentky pomáhají ženám zvládnout jejich situaci. Z výpovědí respondentek se ukázalo, že ženám nejvíce pomáhá vhodná, klidná a empatická komunikace, dostatečné informace, zájem o jejich prožívání a psychiku a také zajištění soukromí a intimity. Ženám také pomáhalo, pokud jim byla umožněna přítomnost partnera u potratu nebo alespoň během hospitalizace po potratu.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že potrat pro ženy skutečně představuje velmi náročnou a traumatizující záležitost. Ukázalo se, že vhodný přístup porodních asistentek vskutku může ženám velmi pomoci tuto situaci zvládnout.

Na základě výsledků výzkumu byl vytvořen leták s instrukcemi pro porodní asistentky, týkající se péče o ženy s diagnózou potrat. Leták může porodním asistentkám sloužit jako pomoc při péči o tyto ženy a může napomoci ke zlepšení jejich péče.

Klíčová slova

potrat; péče; porodní asistentka; žena; potřeby

Woman and miscarriage

Abstract

This bachelor thesis deals with the midwifery care of a woman with miscarriage. The thesis specifically focuses on the care of women, who suffered spontaneous miscarriage, ectopic pregnancy or artificial termination of pregnancy from the medical indication. The first goal of this thesis was to find out how midwives help to fulfil the needs of women, who suffered miscarriage, and the second goal was to find out the women's satisfaction with the midwifery care.

This thesis is divided into theoretical and practical part. The definition of miscarriages and abortions according to Czech legislation is described in the theoretical part. The theoretical part further contains of detailed description of causes, clinical stages, diagnostics and therapy of spontaneous miscarriage and ectopic pregnancy. The methods and complications of artificial termination of pregnancy in the first and second trimester are also discussed there. A very important part of the theoretical part is created by the chapter that deals with psychosocial aspects of miscarriage. This chapter also covers the topics of experiencing miscarriage from a Man's point of view and the process of mourning, but this chapter is also dedicated directly to the topic of midwife care of a woman with miscarriage.

Qualitative research was carried out in the practical part of this thesis and its goals were to find out how midwives help to fulfil the needs of women, who suffered miscarriage, and to find out the women's satisfaction with the midwifery care. The research data were gained with the help of semi-structured interviews and they were carried out with seven respondents, who at least once in a lifetime suffered miscarriage. The interviews were recorded with the consent of respondents, then transcribed, analyzed with the "pencil-paper" method and processed into six categories (Communication, Awareness, Needs, Midwifery care, Partner and Mourning). These categories were further subdivided into subcategories.

Three main research questions were chosen for the research part of the thesis. The first question examined how midwives satisfy bio-psycho-socio-spiritual needs of women, who suffered miscarriage. The research showed that the midwifery care of biological needs is generally precise but the care of psycho-socio-spiritual needs is adequate only for women, who suffered miscarriage in the second trimester of pregnancy.

For women, who suffered miscarriage in the first trimester, these needs were not in most cases sufficiently satisfied.

The second research question sounded how women evaluate the midwifery care during the miscarriage. Research suggests that women were mostly satisfied with the care of their physical side and with the staff expertise but some respondents were not satisfied with the care of the psychological side. The women mostly missed empathy in communication and the interest in women's experiencing of the miscarriage and they expressed the lack of information.

The third research question examined how midwives help women to manage their situation. The answers of respondents showed that the biggest help for women is empathy, appropriate communication, sufficient information and interest in their experiencing of miscarriage and their psyche and also ensuring their privacy and intimacy. The women also appreciated when their partner could be present during miscarriage or at least during hospitalization after miscarriage.

The research investigation showed that for women, miscarriage is really very challenging and traumatizing experience. It showed up that appropriate attitude of midwives can really help women to manage their situation.

According to the research results, there was created an instructional leaflet for midwives dealing with the midwife care of women with miscarriage. The leaflet can serve midwives as help during the care of these women and it can help to improve their care.

Key words

miscarriage; care; midwife; woman; needs

Obsah

Úvod.....	10
1. Současný stav.....	12
1.1 Potrat	12
1.1.1 Spontánní potrat.....	13
1.1.1.1 Příčiny spontánního potratu	13
1.1.1.2 Klinická stadia spontánního potratu	14
1.1.1.3 Diagnostika spontánního potratu	16
1.1.1.4 Terapie spontánního potratu	17
1.1.2 Umělé ukončení těhotenství ze zdravotní indikace	18
1.1.2.1 Způsoby umělého ukončení těhotenství v prvním trimestru	19
1.1.2.2 Způsoby umělého ukončení těhotenství ve 2. trimestru	21
1.1.2.3. Komplikace umělého ukončení těhotenství	22
1.1.3 Mimoděložní těhotenství	24
1.1.3.1 Příčiny mimoděložního těhotenství	24
1.1.3.2 Příznaky a diagnostika mimoděložního těhotenství	25
1.1.3.3 Léčba mimoděložního těhotenství	26
1.2 Ošetrovatelský proces a potřeby u ženy s potratem	27
1.3 Psychosociální aspekty potratu	28
1.3.1 Prožívání potratu ze strany muže	29
1.3.2 Proces truchlení	30
1.4 Péče porodní asistentky o ženu s potratem	31
1.4.1 Role porodní asistentky	33
2 Cíle práce a výzkumné otázky	36
2.1 Cíle práce	36
2.2 Výzkumné otázky.....	36
2.3 Operacionalizace pojmů.....	36
3 Metodika výzkumu	38
3.1 Metodika a technika výzkumu	38
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	39
4 Výsledky	40
4.1 Identifikační údaje respondentek	40

4.2 Vyhodnocení rozhovorů se ženami, které prodělaly potrat	41
5 Diskuze	58
6 Závěr	70
7 Seznam použité literatury	72
8 Přílohy.....	76

Úvod

Potrat je v České republice dle zákona charakterizován jako situace, kdy plod po úplném vypuzení nebo vynětí z těla matčina neprojevuje ani jednu ze známek života a zároveň je jeho porodní hmotnost menší než 500 g a v případě, kdy tuto hmotnost nelze zjistit, jestliže je těhotenství kratší než 22 týdnů. Dále se potratem rozumí umělé přerušení těhotenství, jehož zásady jsou specifikované v zákoně o umělém přerušení těhotenství. Specifický druh potratu představuje také mimoděložní těhotenství anebo vynětí plodového vejce bez plodu.

Ačkoliv počet interrupcí od počátku 90. let dlouhodobě klesá, počet spontánních potratů je více méně konstantní, tudíž se jedná o velmi častý jev. Pravděpodobnost spontánního potratu roste společně s počtem gravidit a potraty jsou také frekventovanější u žen mladších 19 let respektive starších 35 let, stejně tak má vyšší pravděpodobnost potratu žena, která si potratem již prošla. Dojde-li ke spontánnímu potratu v prvním trimestru těhotenství, je potrat s větší pravděpodobností zapříčiněn určitou embryonální abnormalitou. Dojde-li k němu v trimestru druhém, je větší pravděpodobnost, že příčina leží na straně mateřské, kdy může k potratu dojít kvůli malformacím dělohy, zánětům a nádorům rodidel, myomům nebo třeba kvůli infekci. Potrat může zapříčinit také nevhodný životní styl matky či jiné vnější faktory.

Ve své práci jsem se rozhodla zabývat spontánními potraty v prvním a druhém trimestru, mimoděložním těhotenstvím a také umělým přerušením těhotenství ze zdravotní indikace, tedy takovými potraty, kdy žena přijde o nenarozené dítě nikoliv z vlastní vůle. Ženy, které prodělají jeden z uvedených typů potratů, si procházejí velmi náročnou a traumatizující situací, a proto je velmi důležité, aby jim byla poskytnuta adekvátní péče nejen od lékařů, ale především od porodních asistentek. Porodní asistentky by tedy měly zvládat pečovat o ženu, která si prochází potratem, nejen po fyzické stránce, ale hlavně po stránce psychické. Měly by se zajímat o její potřeby, a to jak o biologické, tak o ty psycho-sociální a měly by udělat maximum pro jejich naplnění.

Vybrala jsem si toto téma, protože si myslím, že potrat je velmi častý jev, kterému se ale nevěnuje náležitá pozornost a právě kvůli jeho častému výskytu se objevuje tendence brát jej jako něco skoro běžného. Z péče o ženu, která si potratem prochází, se potom snadno stává rutinní záležitost a na pocity a prožívání žen se nebere příliš velký

ohled. Porodní asistentka má přitom jedinečnou možnost hned od začátku ženám v této těžké chvíli pomoci, a to právě vhodnou péčí, komunikací a empatickým přístupem.

Pro výzkum v této práci jsem si zvolila provedení polo-strukturovaných rozhovorů právě se ženami, které si potratem prošly, abych zjistila, jak tyto ženy vnímají péči porodních asistentek před, během i po potratu. Za cíl své práce jsem si stanovila zjistit, jakým způsobem porodní asistentky pomáhají v naplňování potřeb u žen, které prodělaly potrat a také zjistit, jak jsou ženy s péčí porodních asistentek spokojené.

Věřím, že tato práce může být pro porodní asistentky přínosným a uceleným zdrojem informací k problematice potratů a inspirací k tomu, jak o ženy s potratem pečovat.

1. Současný stav

1.1 Potrat

Potratem neboli abortem se dle zákona č.372/2011 Sb., o zdravotních službách, rozumí taková situace, kdy plod byl vypuzen nebo vyňat z matčina těla a kdy tento plod neprojevuje žádnou ze známek života a zároveň je jeho porodní hmotnost nižší než 500 g, v případě, že ji nelze zjistit, pak je-li těhotenství kratší než 22 týdnů. Potratem se v České republice rozumí a nazývá i umělé přerušení těhotenství, specifikované zákonem č. 66/1986 Sb., České národní rady o umělém přerušení těhotenství. Uvedený zákon říká, že ženě lze provést umělé přerušení těhotenství na její písemnou žádost, jestliže toto těhotenství nepřesahuje délkou trvání dvanáct týdnů a nebrání-li mu zdravotní důvody ze strany ženy. Jak se v zákoně dále uvádí, ženě je možné těhotenství přerušit i na základě zdravotních důvodů, a to s jejím souhlasem, případně z jejího podnětu, jestliže je ohrožen život, zdraví ženy nebo zdravý vývoj plodu, anebo jde-li o plod s geneticky vadným vývojem. Podmínky k umělému přerušení těhotenství ze zdravotní indikace jsou dále specifikovány ve vyhlášce č. 75/1986 Sb., kterou se provádí zákon České národní rady č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství. Tato vyhláška uvádí, že těhotenství lze uměle přerušit po dvanáctém týdnu pouze, dojde-li k ohrožení ženina života nebo je-li u plodu shledáno těžké poškození, anebo je-li plod neschopen života. Hranicí pro vykonání umělého přerušení těhotenství ze zdravotních nebo genetických důvodů je dosažení dvacetičtyř týdnů těhotenství. Specifickým druhem potratu se rozumí také mimoděložní těhotenství a jeho ukončení (ÚZIS ČR, 2016).

Podle statistik si potratem projde zhruba 10–15 % žen s klinicky diagnostikovaným těhotenstvím, přičemž pravděpodobnost, že k potratu dojde, stoupá s věkem matky (Hájek, 2014). Konkrétní čísla lze převzít od Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (2016), který uvádí, že potratovost celkově v České republice dlouhodobě klesá a to od počátku 90. let, přičemž počet potratů mezi lety 2014 a 2015 byl 34 485, z čehož bylo v roce 2015 57,1 % umělých přerušení těhotenství, 39,4 % potratů spontánních a zbylá zhruba 3 % byla mimoděložní těhotenství.

Potraty lze dělit podle různých kritérií. Sledujeme-li vyvolávající příčinu, jedná se o potrat samovolný neboli spontánní, který není vyvolán vnějším zásahem (Pařízek, 2015), nebo o potrat umělý – indukovaný, který probíhá na žádost pacientky nebo na

základě zdravotní indikace, ať už ze strany matky či ze strany plodu (Hájek, 2014). Pokud dojde ke spontánnímu potratu nebo k potratu indukovanému ze zdravotní indikace, jedná se obvykle o potrat ze strany těhotné ženy neplánovaný a nechtěný a takový potrat se samozřejmě na ženě podepíše nejen po stránce biologické, ale i psychické (Pařízek, 2015).

1.1.1 Spontánní potrat

Spontánní potrat, jak bylo výše uvedeno, představuje nejširší skupinu potratů, nepočítáme-li umělá přerušení těhotenství na přání matky z nejrůznějších osobních důvodů, která však nejsou předmětem této práce. Spontánní neboli samovolný potrat je tedy takový, který není vyvolán žádným zevním zásahem (Pařízek, 2015). Z celkového počtu klinicky diagnostikovaných otěhotnění nastane v 15 % spontánní potrat před dvacátým týdnem těhotenství (Roztočil et al., 2011). I potrat spontánní můžeme ještě dále dělit, a to na časný spontánní potrat, ke kterému dochází v prvním trimestru a na pozdní spontánní potrat, který nastává v trimestru druhém (Pařízek, 2015). Raný spontánní potrat představuje, jak ukazuje moderní ultrazvuková a laboratorní technika, mezi populací poměrně běžný jev, a to natolik, že se vlastně jedná o nejčastější komplikaci těhotenství (Roztočil et al., 2011). Ke většině takových potratů dojde dokonce ještě před nástupem očekávané menstruace, za kterou ženy potrat mohou zaměnit a mnoho potratů tak není ani diagnostikováno (Roztočil et al., 2011).

1.1.1.1 Příčiny spontánního potratu

Příčiny spontánních potratů není vždy lehké určit a většinou jsou souhrou více faktorů (Pařízek, 2015). Obecně se frekvence spontánních potratů u žen zvyšuje spolu s počtem gravidit, jsou frekventovanější u žen, které jsou mladší 19 let a starší 35 let a u žen, které už potrat prodělaly, konkrétně je pravděpodobnost potratu 4-20% za situace, kdy předchozí těhotenství skončilo samovolným potratem (Roztočil et al., 2011). Dá se říci, že příčiny potratu se nacházejí buďto na straně plodu, pak jde o defektní plodové vejce, anebo na straně matky (Hájek, 2014).

Příčiny na straně plodu se podílejí na výskytu časných spontánních potratů více než z poloviny, zatímco u potratů v druhém trimestru je tento podíl pouze okolo 10 % (Pařízek, 2015). Mluvíme-li o defektním plodovém vejci, může se jednat o embryonální

a fetální abnormality, kdy organismus ženy vypudí postižený plod obvykle hned v začátku těhotenství (Hájek, 2014). Tyto abnormality bývají nejčastěji důsledkem působení vnitřních vlivů, zejména změn v chromosomech a genech a dají se předpokládat i imunologické důvody (Pařízek, 2015). K defektům plodového vejce řadíme dále abnormality implantace placenty, ke kterým často dochází, když implantace proběhne v době, kdy má žena zavedené antikoncepční nitroděložní tělísko (Hájek, 2014). Následkem potom může být nízká implantace placenty vedoucí ke spontánnímu potratu v druhém trimestru (Hájek, 2014).

Dochází-li k potratu z příčiny mateřské, jedná se většinou o anatomické odchylky v pohlavním ústrojí ženy nebo o infekční onemocnění rodidel (Pařízek, 2015). Konkrétně může jít o hormonální příčiny, malformace dělohy, záněty a nádory dělohy, myomy, infekce (mezi něž často patří i sexuálně přenosné choroby), otravy, imunologické faktory, trombofilie, inkompetence děložního hrdla, traumata a celkově různá onemocnění matky, jako například nekompensovaný diabetes mellitus, onemocnění štítné žlázy, systémový lupus a dekompenzované kardiovaskulární, renální, jaterní a plicní choroby (Hájek, 2014). Příčinou však může být i akutní horečnaté onemocnění matky, jako například obyčejná chřipka (Slezáková et al., 2017).

Příčinou, kterou zajisté nelze opomenout, je příčina na straně partnera, respektive jeho patologický spermioqram, jelikož astenospermie, patologická morfologie spermií nebo oligospermie často ovlivňují výskyt zamklých či časných potratů (Hájek, 2014).

Zapříčinit potrat nebo přispět k jeho průběhu mohou i faktory environmentální, které je však obtížné prokázat, a faktory exogenní (Roztočil et al., 2014). Mezi exogenní faktory patří například aplikace léků, jako jsou antiprogestiny, cytostatika, inhalační anestetika, ionizující záření, působení těžkých kovů a dále také abúzus drog a to včetně alkoholu, cigaret a kofeinu (Roztočil et al., 2011).

1.1.1.2 Klinická stadia spontánního potratu

Samovolný potrat lze dále dělit podle jeho klinického stadia na komplikovaný a nekomplikovaný, přičemž potrat nekomplikovaný rozdělujeme dále na potrat hrozící – abortus imminens, potrat počínající – abortus incipiens a potrat úplný – abortus completus (Hájek, 2014). Stadium potratu určuje lékař na základě palpačního a ultrazvukového vyšetření a shledá-li, že se jedná o potrat hrozící, může se pokusit proces potratu ještě

zastavit, ale jde-li již o potrat počínající, obvykle se jeho zastavení už nepodaří a je nutná hospitalizace (Pařízek, 2015).

Hrozící potrat se projevuje krvácením z děložního hrdla a neurčitým tlakem v podbřišku, hrdlo je ale při vyšetření uzavřené (Hájek, 2014). Nejedná-li se o potrat způsobený závažnou poruchou plodového vejce, bývá možné krvácení a tím i hrozící potrat zastavit (Roztočil et al., 2011). Potrat počínající, stejně jako potrat hrozící, se projevuje krvácením z hrdla děložního a tlaky v podbřišku, ty však přecházejí v bolestivé a silné kontrakce a při vaginálním vyšetření lze hmatat zkrácené a rozšířené hrdlo děložní (Hájek, 2014). Počínající potrat plynule postupuje v potrat probíhající neboli abortus in cursu, který představuje nezvratný pochod a pokusy o záchranu těhotenství jsou zbytečné (Binder a Vavřínková, 2016). Při úplném potratu nastává situace, že celé plodové vejce je potraceno a dutina děložní po něm zůstane prázdná, což se však stává jen zřídka, častěji potom v prvním trimestru než v trimestru druhém (Křepelka, 2017).

Nastanou-li během potratu jakékoliv komplikace, mluvíme o potratu komplikovaném, do kterého řadíme potrat neúplný – abortus incompletus, potrat protražovaný – abortus protractus, potrat horečnatý – abortus febrilis (Slezáková et al., 2017) a potrat zamlklý - missed abortion (Hájek, 2014). Pokud byl potrat neúplný, znamená to, že určité části plodu byly během potratu zadrženy v děloze (Roztočil et al., 2011). Zadržným částem plodu v děloze, ať už po potratu nebo porodu, se říká rezidua (Roztočil et al., 2011). Pokud se rezidua neodhalí a následně neodstraní, mohou vést k pozdější infekci, krvácení různé intenzity a často také ke křečovitém bolestem v podbřišku (Křepelka, 2017). U protražovaného potratu nastává situace, kdy je plodové vejce částečně odloučeno, děložní kontrakce jsou však příliš slabé k odloučení úplnému a nastalá situace často vede k dlouhodobému a někdy až nebezpečnému krvácení (Hájek, 2014). Potrat horečnatý nebo také septický, vzniká vlastně z potratu neúplného nebo zamlklého, kdy dutina děložní není úplně vyprázdněna; a zbylé tkáně plodového vejce se stávají infekční (Webster-Bain, 2011). Infekce se může dále šířit na stěnu dělohy, poté pomocí cév a mízních cest i dále do těla a může vyústit až v celkovou sepsi organismu (Roztočil, 2011). Samostatnou kapitolu představuje potrat zamlklý, známý jako missed abortion, při kterém dochází k odumření plodového vejce, které může a nemusí být odloučené, každopádně ale není dělohou vypuzeno a je nutno jej z dělohy odstranit (Hájek, 2014). Zrádné u zamlklého potratu je to, že odumření plodu se nemusí zprvu nijak projevovat, ženu tak netrápí žádné obtíže a žije v domnění, že je těhotná a plod se stále vyvíjí, její děloha se ale nezvětšuje, hormonální vyšetření ukazuje jen nízké hladiny

těhotenských hormonů a na ultrazvukovém vyšetření, což je klíčová metoda pro rozpoznání zamlklého potratu, se ukáže, že u plodu nelze prokázat srdeční činnost (Pařízek, 2015). Pokud se zamlklý potrat nějak projevuje, pak to může být tmavým špiněním, uzavřeným hrdlem, nepravidelnými bolestmi břicha a také ústupem nejistých těhotenských znaků, jako napětí v prsou nebo například ranní nevolnosti (Roztočil et al., 2011). Nedojde-li k instrumentálnímu odstranění plodového vejce, může opět dojít k infekci plodového vejce, k nepravidelnému krvácení a po delší době k samovolnému potracení, výjimečně však i k jeho vstřebání (Roztočil et al., 2011).

1.1.1.3 Diagnostika spontánního potratu

Základem diagnostiky spontánního potratu je podrobná anamnéza, při které se objasní, zda žena trpí nějakým systémovým onemocněním a také zda u ženy existuje riziko inkompetence hrdla děložního, které může vzniknout po opakovaných potratech v druhém trimestru (Hájek, 2014). Důležitá je informace o poslední menstruaci, a to jak o charakteru a délce krvácení, tak o případných bolestech břicha, případně přímo kontrakcích právě během menstruace (Hájek, 2014). Pokud došlo k potratu, žena si obvykle stěžuje na amenoreu (absenci menstruace), nepravidelné krvácení, případně na bolesti břicha a podbřišku a u zamlklého potratu mohou vymizet nejisté známky těhotenství (Roztočil et al., 2011).

Další důležitou diagnostickou metodou je gynekologické vyšetření, které obsahuje vyšetření v zrcadlech, palpační vyšetření dělohy a palpační vyšetření hrdla děložního (Hájek, 2014). Vyšetření v zrcadlech může vyloučit např. krvácení z rodícího se myomu, polypu, či maligně poškozeného hrdla děložního, při palpačním vyšetření dělohy se posoudí konzistence a velikost dělohy a při palpačním vyšetření děložního hrdla lze rozpoznat, zda se jedná o hrozící potrat, kdy je hrdlo ještě uzavřené, nebo potrat počínající, kdy je hrdlo již otevřené a lze hmatat části plodového vejce (Hájek, 2014). Gynekologické vyšetření dále umožní rozpoznat zvýšený tonus děložního svalstva, případně pravidelné kontrakce v pokročilém stadiu potratu (Roztočil et al., 2011). Bývá obtížné rozlišit, zda se jedná o potrat úplný či neúplný, přičemž po úplném potratu je děloha jen mírně zvětšena, je dobře stažená a hrdlo děložní je prostupné jen pro špičku prstu, zatímco u neúplného potratu je děloha patrně zvětšena, je jen málo stažená a prostupnost hrdla děložního je minimálně pro jeden prst (Hájek, 2014).

Stěžejní metodou pro diagnostiku potratu je bezesporu ultrazvukové vyšetření, to totiž bezpečně prokazuje vitalitu plodového vejce, tedy jeho akci srdeční, ale i rozsah jeho poškození, čímž napomáhá k rozhodnutí, zda se u plodu jedná o změny nevratné a neslučitelné s dalším rozvojem, nebo zda je ještě možné plod zachránit a těhotenství zachovat (Roztočil et al., 2011).

Ukazatelem pro diagnostiku odumřelého těhotenství může být také hladina hCG (humánní choriový gonadotropin), kdy klesající hodnoty hCG mohou ukazovat na odumřelé těhotenství, zatímco zvyšující se hodnoty svědčí pro fyziologické těhotenství (Hájek, 2014).

1.1.1.4 Terapie spontánního potratu

V rámci terapie spontánních potratů je prvním krokem stanovení stadia potratu. V případě, že jde o hrozící potrat a těhotenství je perspektivní, ordinuje se primárně klid na lůžku, který může, ale nemusí být rukou v ruce s hospitalizací těhotné (Roztočil et al., 2011). Jedna z možností terapie potratu, v dnešní době již ne příliš užívaná, je cerkláž (Hájek, 2014). Cerkláž je malý chirurgický zákrok, provedený za účelem zúžení děložního hrdla cirkulárním stehem (Doležal et al., 2007). K cerkláži se může přistoupit, jedná-li se o hrozící potrat ve druhém trimestru, případně na začátku trimestru třetího, v důsledku inkompetence hrdla děložního, a to bez děložních kontrakcí a za předpokladu vitálního nepoškozeného plodu (Čech, 2014b). Nedojde-li ke komplikacím, lze tento steh zachovat až zhruba do 38. týdne těhotenství (Hájek, 2014). Často se pro tento zákrok sahá u žen s opakovanými potraty v druhém trimestru (Marešová et al., 2014). Další terapeutická metoda spontánního potratu je podávání gestagenních preparátů (Roztočil et al., 2011). V zásadě se jedná o podávání progesteronu, který podporuje funkci žlutého tělíska, spontánní potrat může být totiž důsledkem jeho nedostatečné funkce neboli luteální insuficience (Roztočil et al., 2011). Na podporu těhotenství lze doporučit podávání vitaminů skupiny E a kyseliny listové, fungující jako prevence vrozených vývojových vad plodu (Hájek, 2014). K léčbě potratu se dále podávají hemostyptika, která zvyšují krevní srážlivost a posilují odolnost kapilární stěny, čímž u plodového vejce přispívají ke zmenšení, nebo dokonce zastavení krvácení (Roztočil et al., 2011). Vždy když se jedná o potrat komplikovaný (jako např. horečnatý potrat, zamlklý potrat), nasazují se širokospektrá antibiotika jako prevence proti infekci, případně jako zásah proti infekci probíhající (Hájek, 2014). V případě hrozícího potratu lze ještě aplikovat hořčík

neboli magnesium na snížení děložních kontrakcí (Roztočil et al., 2011). Jde-li však o rozběhlý potrat, podává se naopak intravenózně infuze s oxytocinem na posílení děložních kontrakcí, a to za účelem dosažení pokud možno potratu úplného (Hájek, 2014).

Nastane-li situace, že těhotenství již není perspektivní, je nezbytné šetrně odstranit zbytky plodového vejce po inkompletním abortu nebo po zamlklém těhotenství, což lze provést medikamentózně za pomoci antiprogestinů, jako např. Mifeprostinu nebo prostaglandinu E1, příkladem Misoprostolu (Roztočil et al., 2011). Druhou cestou vybavení zbytků plodového vejce je cesta chirurgická a to pomocí zákroku zvaným instrumentální revize dělohy, která se provádí v celkové anestezii tupou kyretou nebo abortovými kleštěmi (Hájek, 2014). Odstraňuje-li se operativně zamlklý potrat, nazývá se daný výkon evakuace dutiny děložní a oba výkony jak revize, tak evakuace, se provádějí takovým způsobem, aby byla důkladně vyčištěna děloha, zároveň však šetrně, aby se nepoškodila bazální vrstva endometria (Roztočil et al., 2011). Instrumentální revize se indukuje i v případech úplného potratu, neboť nelze stoprocentně vyloučit přítomnost postabortivních reziduí (Hájek, 2014). Jak ale uvádí Roztočil (2011), za situace, kdy dojde k úplnému potratu, který je prokázán jak na ultrazvuku tak nízkou hodnotou hCG, žena nekrvácí a netrápí jí žádné jiné obtíže, pak je možné od revize dutiny děložní ustoupit.

1.1.2 Umělé ukončení těhotenství ze zdravotní indikace

K umělému přerušení těhotenství přistupují ženy nejen z osobních, sociálních, ekonomických, či jiných, důvodů, ale i ženy, které si dítě přejí, avšak z důvodu zdravotní indikace jejich nebo plodu, jim je doporučeno nebo je dokonce nezbytné, jejich těhotenství ukončit (Slezáková et al., 2017). Právě takovými případy se zabývá tato práce. Pravidla umělého přerušení těhotenství stanovuje, jak bylo již výše zmíněno, zákon č. 66/1986 Sb., České národní rady o umělém přerušení těhotenství a především jeho doplňující vyhláška č. 75/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství. Uvedené dokumenty stanovují, že žena může požádat o přerušení těhotenství ze zdravotních nebo jiných důvodů do 12. týdne těhotenství. Přistupuje-li se k potratu po 12. týdnu gravidity, musí to být na základě ohrožení ženina života nebo na základě prokázání těžkého genetického poškození plodu. Maximální hranicí pro umělé ukončení těhotenství ze zdravotní indikace je potom 24. týden těhotenství, i když v takové situaci by se už jednalo vlastně

o předčasný porod. Umělé přerušení těhotenství je zákrokem prováděným vždy ve zdravotnickém zařízení ústavní péče a je-li prováděno ze zdravotních důvodů, hradí jej pojišťovna, jinak si jej musí žena hradit sama (Čech, 2014b). Ve vyhlášce č. 75/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství je také uveden podrobný seznam nemocí, syndromů a stavů, které představují zdravotní důvody k ukončení těhotenství. Mezi nejčastějšími zdravotními důvody k umělému přerušení těhotenství lze zmínit ze strany matky srdeční vady, zhoubné nádory, choroby plic nebo například duševní nemoci (Hájek, 2014).

1.1.2.1 Způsoby umělého ukončení těhotenství v prvním trimestru

Jakým způsobem bude těhotenství ukončeno, závisí na jeho dosažené délce, na tom po kolikáté je žena těhotná a na jejím celkovém zdravotním stavu (Čech, 2014b). Miniinterrupcí se zákrok nazývá a provádí se do 8. týdne těhotenství (Slezáková et al., 2017) a u prvorodiček dokonce jen do týdne sedmého (Pilka et al., 2017). Potrat v prvním trimestru, tedy do 12. týdne těhotenství, lze provést několika způsoby, a to vakuumaspirací, pomocí dilatace děložního hrdla a následnou kyretáží, anebo medikamentózně podáním progesteronových antagonistů (Hájek, 2014).

Vakuumaspirace je výkon, při kterém po dilataci děložního hrdla dochází k zavedení aspirační kanyly a následně pod tlakem k odsátí plodového vejce z dutiny děložní (Čech, 2014b). Tato metoda vykazuje velkou efektivitu, a proto v mnoha zemích představuje často metodu první volby právě při ukončování těhotenství v rámci miniinterrupce nebo při ukončování těhotenství do zmiňovaného 12. týdne (Pilka et al., 2017). Po vykonání vakuumaspirace se provádí ještě preventivní revize dutiny děložní malou tupou kyretou (Čech, 2014b), jak ale uvádí Pilka et al. (2017), není to podmínkou, pokud je těhotenství ukončeno do 8. týdne.

Dalším způsobem ukončení těhotenství v prvním trimestru je dilatace hrdla děložního a následná kyretáž (Hájek, 2014). Tento způsob ukončení těhotenství bývá nazýván také jako klasický instrumentální potrat a provádí se do 12. týdne těhotenství v celkové anestezii v rámci krátkodobé hospitalizace (Čech, 2014b). Při zákroku dochází k dilataci hrdla, která je větší než u miniinterrupce, a poté k vyprázdnění děložní dutiny tupou kyretou, případně potratovými kleštěmi (Slezáková et al., 2017). U gravidit starších než 8 týdnů se před zákrokem doporučuje příprava hrdla děložního prostaglandiny a následně je také možné aplikovat uterotonika, například oxytocin, na podporu děložních kontrakcí a ke snížení krevní ztráty (Čech, 2014b).

Třetím způsobem jak ukončit těhotenství v prvním trimestru je pomocí farmak, jejichž využití je efektivní a relativně bezpečné (Pilka et al., 2017). Zavedení farmakologického ukončení těhotenství má za následek žádosti o ukončení těhotenství v nižším gestačním týdnu, tudíž i menší traumatizaci a snížení zdravotních rizik, která jsou s interrupcí spojená, zároveň se neprokázalo, že by zavedení farmakologického ukončení těhotenství mělo za následek celkový nárůst žádostí o umělé ukončení těhotenství (Fanta a Crha, 2016). Pro farmakologické řešení lze sáhnout při umělém ukončení těhotenství, při zamlklém potratu, ale i při neúplném spontánním potratu (Trávník, 2015). V České republice se jako farmakologický přípravek k ukončení těhotenství používá kombinovaný produkt s názvem Mifegyne, který obsahuje dvě oddělené látky, a to mifepriston, což je antiprogesteronový steroid užívající se perorálně (Čech, 2014) a misoprostol obsahující prostaglandin E1, podávající se buďto vaginálně nebo také perorálně (Pilka et al., 2017). Potratový preparát Mifegyne není běžně k dostání v lékárnách, ale pouze na lůžkových gynekologických zařízeních a samotný medikamentózní potrat probíhá ambulantně v rámci tří návštěv gynekologického zařízení (Čech, 2014b). Na první návštěvě je ženě podán mifepriston, jenž zapříčiní odumření plodového vejce, odloučení placenty, změknutí hrdla děložního a zvýší také citlivost dělohy k prostaglandinům (Pilka et al., 2017). I pouze samotný mifepriston může vyvolat potrat a stává se tomu tak ve 3,4 % případů (Fait a Indrová, 2017). Při druhé návštěvě, která proběhne do 36 – 48 hodin po podání mifepristonu, je ženě aplikován misoprostol, který pomůže k otevření hrdla a během následujících hodin nebo dní k vypuzení plodového vejce, což zpravidla doprovází bolesti podobné menstruačním a mírné nebo střední krvácení (Čech, 2014b). Podání potratových preparátů je velmi účinné, a to až v 95 %, nadto lze preparáty podat v podstatě ihned po zjištění těhotenství až do jeho 7. týdne (Pilka et al., 2017). Při třetí návštěvě, po 14-21 dnech, proběhne gynekologické a ultrazvukové vyšetření, při kterém se ověří, zda je žena v pořádku a zda po potratu nezůstala v děloze nějaká rezidua (Fait a Indrová, 2017). Nejnovější poznatky ukazují, že používání samotného misoprostolu má stejnou efektivitu jako používání mifepristonu společně s misoprostolem a je navíc cenově výhodnější (Saraswat et al., 2014). Medikamentózní potrat není spojen s tolika riziky jako potrat instrumentální a jeho hlavní výhodou je vyhnout se riziku instrumentálního poškození dělohy, jež může mít vliv na budoucí plodnost ženy (Trávník, 2015). I tato metoda má však ze strany ženy své kontraindikace, mezi něž patří např. těžké astma, a nevhodná je u žen s nemocemi jater

či ledvin, se srdečním onemocněním, poruchou funkce nadledvinek, poruchou krevní srážlivosti a anemií (Čech, 2014b).

1.1.2.2 Způsoby umělého ukončení těhotenství ve 2. trimestru

Druhý trimestr je definován těhotenstvím v délce od 13. do 26. týdne, přičemž ukončení těhotenství v tomto období představuje již poměrně vážný zásah do organismu ženy a je spojeno s větším množstvím rizik, než ukončení těhotenství v trimestru prvním (Pilka et al., 2017). I v počátcích druhého trimestru lze ještě přistoupit k metodě instrumentální dilatace děložního hrdla s následným vybavením plodu z dutiny děložní potratovými kleštěmi, avšak tato metoda je doporučena spíše v trimestru prvním a nejpozději potom do 15. týdne gravidity (Pilka et al., 2017). Potrat po 12. týdnu se tedy obvykle začíná preindukcí, přípravou děložního hrdla na potrat (Fait a Indrová., 2017). Tato příprava znamená dilataci hrdla děložního prostaglandiny, případně syntetickými dilatátory, jako je např. Dilapan (Čech, 2014b). Hrdlo se musí rozšiřovat postupně, aby byla zachována jeho plná funkce pro případné další těhotenství (Fait a Indrová, 2017). K preindukci děložního hrdla lze použít také metodu balónkového katétru, kdy se zavede Foleyův katétr s 25–50 ml balónkem až nad vnitřní branku, balónek se naplní fyziologickým roztokem a následně uvolní hrdlo do 2–3 cm (Hájek, 2014). Po provedené preindukci přichází na řadu samotná indukce neboli vyvolání potratu, jejímž cílem je uměle navodit děložní kontrakce vedoucí k ukončení těhotenství (Fait a Indrová, 2017). Indukce se provádí také farmakologickou cestou, a to aplikací prostaglandinů, které mohou být aplikovány per os nebo cestou vaginální a mohou být stejně jako u potratu v prvním trimestru kombinovány s antiprogesterony (Roztočil, 2011). Kontraindikace užití prostaglandinů k ukončení těhotenství v druhém trimestru odpovídají těm v trimestru prvním (Pilka et al., 2017). Po nástupu děložních kontrakcí se podávají spasmolytika na uvolnění svalstva a rutinně se využívá epidurální analgezie (Hájek, 2014). Ukončení těhotenství lze dopomoci i provedením dirupce vaku blan, a to v situaci, kdy žena má již pokročilý vaginální nález těsně před samotným potratem a zároveň má-li žena slabé děložní kontrakce, podává se jí oxytocin v infuzi (Fait a Indrová, 2017). Po potratu plodového vejce bývá většinou nutná ještě revize dutiny děložní, kdy vše již probíhá v podstatě stejně jako u potratu v prvním trimestru těhotenství (Roztočil, 2011).

Za zmínku stojí ještě metoda zvaná sectio caesarea minor, což je císařský řez, prováděný na nerozvinutém dolním děložním segmentu, a to podélným mediálním

a krátkým řezem (Čech, 2014b). K této metodě se přistupuje za situace, kdy opakované pokusy o indukci potratu u těhotenství staršího 16. týdnů byly neúspěšné (Sák, 2008). Dalšími indikacemi k tomuto výkonu mohou být placenta praevia (vcestné lůžko), je-li žena již po opakovaných operacích na těle děložním nebo akutní krvácení ženy (Pilka et al., 2017). Takovýto zákrok není vhodný pro další případné těhotenství, může se ale, za situace velkého děložního krvácení, jednat o zákrok život zachraňující (Čech, 2014b).

1.1.2.3. Komplikace umělého ukončení těhotenství

Jak bylo již výše zmíněno, umělé ukončení těhotenství mohou doprovázet různé komplikace, ale probíhá-li ukončení těhotenství v prvním trimestru, legálně a při zachování doporučených postupů, pak se jedná v podstatě o bezpečný výkon (Kučera, 2011). Nastanou-li komplikace, častěji tedy při ukončení v druhém trimestru, lze je rozdělit podle doby jejich výskytu na bezprostřední neboli peroperační, časné a pozdní (Pilka et al., 2017).

K bezprostředním komplikacím se řadí poranění, a to nejčastěji poranění děložního hrdla (Roztočil, 2011). K tomuto poranění dochází v důsledku neopatrné dilatace hrdla dilatátory (Pilka et al., 2017). Častěji lze vidět toto poranění u žen, které ještě nerodily (Roztočil, 2011). Nebezpečné je poranění, kdy trhliny dosahují až za vnitřní branku, neboť taková trhlina může vést k inkompetenci hrdla v případných následujících těhotenstvích (Pilka et al., 2017). K další peroperační komplikaci patří perforace děložního těla, jejichž příčinou může být zeslabení, případně jizva děložní stěny nebo nepříznivé uložení dělohy (Čech, 2014b), ale většinou jsou zapříčiněny nástroji jako např. dilatátory, sondou, kyretou, abortovými kleštěmi nebo výjimečně i kyretou aspirační (Roztočil, 2011). Nejčastěji k perforaci dochází v oblasti děložního fundu a poté na zadní nebo přední stěně děložní, jelikož abortové nástroje jsou zakřivené ve vztahu k děložní ose a při jejich nesprávném zavedení mohou právě stěnu děložní poranit (Čech, 2014b). Je nezbytné, aby velké perforace byly rozpoznány a příslušně ošetřeny, nepoznané perforace mohou totiž vést nejen k nemožnosti dalšího těhotenství (Pilka et al., 2017), ale i k ohrožení ženina života, a to především krvácením, případně rozvinutím zánětlivých komplikací (Roztočil, 2011). Největší perforace bývají provedeny abortovými kleštěmi, kdy je velké riziko poranění dokonce i střeva (Pilka et al., 2017). Třetí pooperační komplikací může být závažná krevní ztráta, tedy ztráta více jak 500 ml krve, přičemž

platí, že čím později se potrat provádí, tím se zvětšuje riziko krevní ztráty (Roztočil, 2011).

K časným komplikacím interrupce patří ty, které vzniknou do 6. týdne po výkonu, přitom většina z nich se objeví během dvou týdnů po daném zákroku (Pilka et al., 2017). Poměrně vzácnou časnou komplikací je selhání metody interrupce, ke které dochází nejčastěji u vrozených vývojových vad dělohy a během zákroku dojde k evakuaci té části dělohy, která není těhotná nebo k ní může dojít u vícečetných těhotenství, kdy se odstraní pouze jeden plod (Roztočil, 2011). Nastane-li tato komplikace, těhotenství pokračuje dál a žena si třeba až po dvou týdnech může všimnout, že nedošlo k vymizení těhotenských příznaků (Pilka et al., 2017). Další možnou komplikací je nerozpoznání mimoděložního těhotenství, k čemuž dochází nejčastěji v časných stádiích těhotenství, kdy je při potratu z dělohy získáno pouze změněné endometrium, nikoliv však celý plod (Roztočil, 2011). Odebraného materiálu je tedy nápadně málo a aby nedocházelo k pochybení, je nezbytné jej všechen poslat na histologické vyšetření, zároveň sledovat hodnoty hCG v následujících dnech a provést ultrazvukové vyšetření (Roztočil, 2011). Ať už dojde k selhání metody interrupce nebo k neodhalením mimoděložního těhotenství, je vždy nutné zákrok opakovat (Čech, 2014b). Jednu z nejčastějších časných komplikací potratu představují těhotenská rezidua neboli zbytky plodového vejce po interrupci (Pilka et al., 2017). Tato komplikace se projevuje během prvních dní po provedené operaci bolestmi, zvýšenou teplotou a také krvácením (Roztočil, 2011). Při této komplikaci je nezbytné provést revizi dutiny děložní pod clonou antibiotik (Pilka et al., 2017). Zánětlivé komplikace, projevující se bolestí, zvýšenou teplotou, pomalým zmenšováním dělohy, výtokem nebo krvácením, patří rovněž mezi časnou komplikace interrupcí, objevujících se zpravidla třetí až čtvrtý den od výkonu (Roztočil, 2011). Situace se řeší podáváním širokospektrých antibiotik a pozornost je třeba věnovat především dosud nerodivším ženám (Pilka et al., 2017), jelikož zánětlivé změny vejcovodů a vaječnicků mohou být příčinou sterility (Čech, 2014b).

Poslední kategorií komplikací jsou komplikace pozdní, objevující se po šesti týdnech od provedení zákroku (Roztočil, 2011). Mezi tyto komplikace se řadí poruchy menstruačního cyklu, sexuální a psychické změny, ale může to být i ovlivnění budoucí plodnosti žen negativním způsobem (Pilka et al., 2017). Psychické a sexuální změny mohou vyústit až v postabortivní syndrom, poruchy fertility se zase mohou projevit sterilitou nebo infertilitou (Roztočil, 2011).

1.1.3 Mimoděložní těhotenství

Posledním druhem potratu je mimoděložní neboli ektopické těhotenství, zvané rovněž graviditas extrauterina (Gágyor a Pilka, 2017). Při mimoděložním těhotenství dochází k tomu, že blastocysta se implantuje mimo děložní dutinu, a to v 95–98 % ve vejcovodu, ale vzácně se může implantovat i na vaječníku, omentu, v hrdle děložním, nebo třeba i ve střevě (Roztočil, 2011). Mimoděložní těhotenství obvykle končí úmrtím embrya či plodu a jeho včasná diagnostika a následné správné řešení jsou naprosto stěžejní, jinak by totiž mohlo dojít k ohrožení ženina života (Gágyor a Pilka, 2017). Uloží-li se těhotenství mimo dutinu děložní, začne na daném místě růst a získávat cévní zásobení (Gágyor a Pilka, 2017). Takto může trofoblast do různé míry nahlodat daný orgán, přesto tam plodové vejce nemusí mít dostatečnou výživu, a proto odumře a dojde k jeho resorpci, někdy však agresivně prorůstá do stěny orgánů, buduje si cévní zásobení, čímž otvírá a narušuje místní cévy a může tak způsobit rozsáhlé a prudké krvácení (Čech, 2014a). Pokud roste embryo ve vejcovodu, který není dostatečně prostorný pro jeho vývoj, může dojít až k ruptuře vejcovodu (Gágyor a Pilka, 2017). Dojde-li k tubárnímu potratu do dutiny břišní, dochází k postupnému krvácení, přičemž krev se hromadí v Douglasově prostoru a nástup příznaků je sice pozvolný, ale jedná se rovněž o život ohrožující situaci (Roztočil, 2011).

Frekvence výskytu mimoděložního těhotenství je 1:80–150 těhotenství, tedy vyšší než dříve, což je způsobeno mimo jiné aplikačními metodami asistované reprodukce, vyšším věkem rodiček, zaváděním nitroděložních tělísek, ale také přesnější a dřívější diagnostikou ektopického těhotenství (Čech, 2014a).

1.1.3.1 Příčiny mimoděložního těhotenství

Příčiny vzniku mimoděložního těhotenství jsou různé a často je příčina dokonce neodhalitelná, obecně lze však říci, že se jedná o různé poruchy mechanismu transportu oplodněného vajíčka do dělohy (Gágyor a Pilka, 2017). Taková situace může nastat z několika příčin.

Frekventovanou příčinu představují chronické infekce vnitřních rodidel, především adnexitida neboli zánět vaječníků a vejcovodů, kdy mnohdy bývá původcem infekce *Chlamydia trachomonatis*, která dokáže poškodit vejcovod, jenž se poté stává těžko průchodným pro vyvíjející se embryo (Roztočil, 2011). Pánevní záněty se často objevují

u žen, které brzy zahájily sexuální život a u žen promiskuitních a je dokonce doložen vztah mezi zánětlivými onemocněními pánevních orgánů a sexuálně přenosnými nemocemi (Čech, 2014a).

Nemalý podíl na četnosti mimoděložních těhotenství má užívání metod asistované reprodukce, kdy léky používané v rámci asistované reprodukce, jako injekce gonadotropinů nebo klomifen citrát, mají neblahý vliv na reprodukční orgány v podobě vícečetné ovulace, zvýšené hladiny hormonů, atypické implantace embrya a tubárních patologií (Gágyor a Pilka, 2017). Mechanické postupy asistované reprodukce, především mikrochirurgie v oblasti vejcovodů, rovněž ovlivňují vznik mimoděložního těhotenství, stejně jako nesprávné zavedení blastocysty embryonálním transferem do kanálu vejcovodu (Roztočil, 2011).

Další příčina mimoděložního těhotenství tkví ve vrozených vadách vnitřního genitálu, konkrétně se může jednat o hypoplazii vejcovodů, které jsou tenké, dlouhé a s porušením motility, o přídavný vejcovod, anebo o vývojové poškození dělohy, jako například její zdvojení (Čech, 2014a).

Antikoncepce představuje další faktor ovlivňující mimoděložní těhotenství, a to konkrétně užívání progesteronových minipilulek, které svým hormonálním účinkem neblaze ovlivňují motilitu vejcovodů (Gágyor a Pilka, 2017). Stejným způsobem může vejcovody poznamenat užívání hormonálního nitroděložního tělíska (Čech, 2014a). Navíc, otěhotní-li žena se zavedeným nitroděložním tělískem, zvyšuje se jí pravděpodobnost mimoděložního těhotenství (Gágyor a Pilka, 2017).

Na morfologických změnách a poruchách transportní funkce vejcovodů a tím i na vzniku mimoděložního těhotenství se podílejí dále endometrióza, hormonální poruchy a nejrůznější pooperační stavy po operacích na děloze, v malé pánvi a zejména v oblasti adnex (Čech, 2014a). Stejně tak může důvod vzniku mimoděložního těhotenství představovat takzvané přeputování plodového vejce, kdy se oplozené vejce přemístí do opačného vejcovodu, než ze kterého vzešlo, a v něm potom dojde k nidaci (Roztočil, 2011). Za zmínku rovněž stojí, že rizikovým faktorem pro vznik mimoděložního těhotenství je kouření a vyšší věk rodičky (Gágyor a Pilka, 2017).

1.1.3.2 Příznaky a diagnostika mimoděložního těhotenství

Příznaky mimoděložního těhotenství se díky včasné diagnostice, která v dnešní době funguje, často nestihnou rozvinout, avšak rozvinou-li se, pak se jedná často o typické

příznaky, mezi něž patří pánevní či abdominální bolest a absence menstruace s následnou metroragií (Roztočil, 2011). Ženy však mohou trpět i jinými příznaky, v podstatě stejnými jako u běžného počínajícího těhotenství, tedy nevolností, častým močením, napjatými prsy či například únavou (Gágyor a Pilka, 2017). Mezi ne tolik typické příznaky mimoděložního těhotenství patří potom pohmatová bolestivost v oblasti postižených vaječníků či vejcovodů, zvětšená děloha neodpovídající délce amenorey, v pokročilém stadiu bolest v ramenou nebo pod lopatkou, peritoneální příznaky, pokles krevního tlaku s tachykardií u případného hemoragického šoku a může následovat i somnolence, sopor, kóma a smrt (Roztočil, 2011).

Stanovení správné diagnózy je vzhledem k možné závažnosti mimoděložního těhotenství stěžejní a metodami této diagnostiky jsou anamnéza, vaginální vyšetření, laboratorní vyšetření, které ukáže neodpovídající čili nižší hodnotu hCG a stěžejní ultrazvukové vyšetření (Gágyor a Pilka, 2017). Dále lze v diagnostice využívat revize děložní dutiny, po které následuje histologické vyšetření odebraného vzorku sliznice, potom také kuldocentéza, což znamená punkci Douglasova prostoru a nasaje-li se při tomto zákroku krev, je vysoce pravděpodobné, že se jedná o rupturu mimoděložního těhotenství (Roztočil, 2011). Zlatý standard pro diagnostiku mimoděložního těhotenství představuje laparoskopie, která nejen že odhalí přítomnost mimoděložního těhotenství, ale často odhaluje i příčinu jeho vzniku v podobě nejrůznějších pánevních srůstů či endometriózy (Gágyor a Pilka, 2017).

1.1.3.3 Léčba mimoděložního těhotenství

Mimoděložní těhotenství je obvykle stav vyžadující řešení či zásah lékaře, a toto řešení může být expektační neboli vyčkávací, konzervativní nebo chirurgické (Roztočil, 2011). K expektačnímu přístupu se uchyluje za předpokladu, že může dojít, nebo dochází, k samovolné resorpci plodového vejce, přičemž tato situace se očekává u žen netrpících příznaky prasklého mimoděložního těhotenství, majících hemodynamickou stabilitu a u kterých dochází k postupnému snižování hladiny hCG v krvi (Gágyor a Pilka, 2017). Konzervativní neboli medikamentózní léčba mimoděložního těhotenství je rovněž možná, a to pomocí intravenózní aplikace přípravku metotrexátu, který má za následek zánik mimoděložního těhotenství, nelze ho však aplikovat u každé ženy kvůli četným vedlejším účinkům a kontraindikacím (Roztočil, 2011). Někdy se podání metotrexátu kombinuje ještě s užitím již výše zmiňovaného mifepristonu (Gágyor a Pilka, 2017).

Nejčastěji užívaná léčba mimoděložního těhotenství je léčba chirurgická, kdy se obvykle sahá pro laparoskopické řešení a laparotomie se užívá pouze při kontraindikacích laparoskopie, což jsou především hemodynamická nestabilita, monstrózní obezita a interní kontraindikace (Roztočil, 2011). Není-li řešení mimoděložního těhotenství akutní, projevuje se při chirurgickém zásahu snaha o zachování funkčnosti vejcovodů, většinou je však třeba odstranit tu část reprodukčních orgánů, která byla mimoděložním těhotenstvím poškozena (Gágyor a Pilka, 2017). Znamená to tedy, že nejčastěji dochází k salpingektomii, chirurgickému odstranění vejcovodu, které se nevratně podepíše na plodnosti ženy, a děje se tomu proto, že recidiva mimoděložního těhotenství v poškozeném vejcovodu, případně jiném orgánu, je velmi vysoká (Čech, 2014a).

1.2 Ošetrovatelský proces a potřeby u ženy s potratem

Systematické hodnocení a naplánované uspokojování potřeb nemocného či zdravého člověka jsou charakteristické postupy moderního ošetrovatelství i porodní asistence a k jejich naplňování dochází v rámci ošetrovatelského procesu, který je aplikován i v péči o ženu s potratem (Trachtová et al., 2013). Ošetrovatelský proces se hojně využívá při naplňování potřeb člověka, jelikož vykazuje účinnost, usnadňuje rozhodování v problematických situacích a jejich řešení (Šamánková et al., 2011). V moderním ošetrovatelském procesu je uplatňována koncepce holismu, kdy je pacientka vnímána jako celek, jako bytost bio-psycho-sociální (Trachtová et al., 2013). Nelze tak kvalitně o člověka pečovat jinak, než jako o unikátní souhrn fyzických a psychických vlastností, jež spolu souvisejí, podmiňují se a tvoří určitou jednotu, přičemž celkově v porodní asistenci a u ženy s potratem obzvlášť, je nutné nesoustředit se pouze na fyzickou stránku a nezapomínat na stránky psycho-sociální stejně jako na vztah mezi těmito složkami člověka (Kopáčiková et al., 2012). Potřeby člověka se dají rozdělit do několika skupin na potřeby biologické neboli fyziologické a na potřeby psychické, sociální a duchovní (Bóriková, 2008). Z podstaty člověka vyplývá, že na prvním místě bude jak pro člověka, tak pro zdravotníka uspokojování potřeb biologických, mezi něž patří např. dýchání, příjem potravy, tekutin, vylučování, spánek apod., neboť tyto potřeby představují potřeby primární a souvisejí se zachováním života a fyzického zdraví (Trachtová, 2008). Psychické, sociální a duchovní potřeby jako např. potřeba jistoty, bezpečí, lásky, emocionálního kontaktu, komunikace, sociálního kontaktu, hodnotového systému nebo např. respektování víry patří mezi potřeby sekundární, nesmí se však na ně zapomínat,

neboť jsou neméně důležité a mají výsadní postavení v lidské psychologii (Bóriková, 2008). Právě u potratu, který společnost často nevnímá vůbec jako ztrátu dítěte, dochází k tomu, že emocionální dopady a psychika ženy jsou přehlíženy a zdravotníci se tak soustředí pouze na fyzikální zotavení po potratu, které navíc ve většině případů nevykazuje komplikace a celý potrat se tak stává v očích zdravotníků běžnou a ne příliš podstatnou záležitostí (Evans, 2012).

1.3 Psychosociální aspekty potratu

Ačkoliv i česká legislativa vnímá dítě během těhotenství do 22. týdne jako plod, tak Špaňhelová (2015) uvádí, že se nikdy za svou praxi nesečkala s tím, že by žena v jakékoliv fázi těhotenství mluvila o očekávaném dítěti právě jako o plodu, ale vždy jako o dítěti, dojde-li tedy k potratu, pro ženu to opravdu znamená regulérní ztrátu jejího dítěte. Ztráta dítěte představuje extrémně náročnou a krizovou situaci a čím později během těhotenství k takové situaci dojde, tím náročněji se s ní člověk vyrovnává (Borůvková et al., 2015). Potracení dítěte v šestém týdnu těhotenství může však ženu mentálně zasáhnout úplně stejně jako jeho ztráta ve 40. týdnu těhotenství (Evans, 2012). Proces truchlení tak v podstatě může být shodný při spontánním potratu v prvním trimestru jako při ztrátě dítěte v pozdější fázi těhotenství a je obdobný i u žen, jež procházejí umělým ukončením těhotenství ze zdravotní indikace, zároveň se jedná o krizi, která se dotýká samozřejmě nejvíce ženy neboli matky, ale úzce i dalších členů rodiny a působí i na emoce zdravotníků, pro které je komunikace s rodiči, kteří si ztrátou procházejí, velmi náročná (Borůvková et al., 2015). Citlivá, starostlivá a profesionální péče porodní asistentky o ženu procházející si potratem, hraje klíčovou roli v dlouhodobém procesu emocionálního zotavení ženy i její rodiny a kvalitní porodní asistentka musí zvládnout takovou péči poskytnout a zároveň se vyrovnat s emocemi vlastními (Evans, 2012). Žena, která otěhotní, ať už plánovaně nebo neplánovaně, se dostane do role těhotné ženy, nastávající matky a se zjištěním těhotenství začne budovat vztah ke svému nenarozenému dítěti, těšit se na ně, přijímat jej a začne počítat s tím, že dítě přijde v určitém časovém rozmezí na svět, proto i potrat v raném stadiu těhotenství může ženu hluboce zasáhnout, ale v pozdější fázi těhotenství je situace těžší ještě o to, že žena již cítila pohyby svého dítěte, a to tím ztratilo na dosavadní abstraktnosti nejen pro ženu, ale i ostatní členy rodiny, kteří dítě najednou mohli na dotek rovněž cítit a reagovat na ně (Špaňhelová, 2015).

Jedním z nejkritičtějších momentů pro ženu, případně oba rodiče, je moment sdělení informace o tom, že jejich dítě již nežije, doba během následného zákroku a bezprostředně po něm, kdy mezi možné reakce patří ztráta paměti různého rozsahu, apatie, neschopnost komunikace, automatické vykonávání činností, zmatenost, neschopnost rozhodování, apod. (Borůvková et al., 2015). Žena procházející si potratem prožívá lítost, vztek, výčitky, pocity selhání a beznaděje, samoty, je velmi zranitelná, může se objevit pocit, že již nechce další dítě, že nechce nikoho vidět nebo, že se uzavře do vlastního žalu s pocitem, že jí nikdo nerozumí (Špaňhelová, 2015). Často se stává, že ženy obviňují samy sebe nebo i druhé za potrat dítěte a hledají nějaké důvody a vysvětlení, proč k němu došlo (Olesen et al., 2015). Podstupuje-li žena potrat z genetických nebo celkově zdravotních důvodů, má situaci ztíženou tím, že se sama podílí na rozhodnutí o provedení ukončení těhotenství a následně může prožívat kromě pocitu těžké ztráty také umocněné pocity viny, studu a selhání (Ratislavová, 2008).

1.3.1 Prožívání potratu ze strany muže

Jak bylo již výše zmíněno, potrat neovlivňuje pouze ženu, která jej prožívá i po fyzické stránce, ale velmi úzce se dotýká i partnera ženy, tedy otce nenarozeného dítěte, potom často i sourozenců, blízké rodiny a přátel. V rámci této bakalářské práce není bohužel možné detailně obsáhnout prožívání všech osob, kterých se potrat dotýká, avšak muž jako partner a otec nenarozeného dítěte je se situací spjat tak úzce, že jeho prožívání nelze opomenout. Muži mají trochu jinou psychiku než ženy a tím pádem i trochu jinak prožívají ztrátu dítěte (Špaňhelová, 2015). Muž totiž v těhotenství není v tak těsném kontaktu s dítětem, nenosí je v sobě a necítí jeho pohyby, vnímá ho až do narození spíše abstraktně, to ale neznamená, že by k němu neměl vytvořený vztah a nepřipravoval se na jeho příchod, ba naopak (Borůvková et al., 2015). Se zjištěním partnerčina těhotenství u muže vyvstane mnoho myšlenek, obav a pocitů, týkajících se partnerského vztahu i dítěte a muž se psychicky připravuje na to, že bude otcem, hlavou rodiny, kterou musí zabezpečit a s potratem o všechny tyto představy, kterých se sice trochu obával, ale zároveň se na ně už třeba začínal těšit, přichází (Špaňhelová, 2015). Problém je, že od mužů se očekává, že budou těmi silnými, těmi méně emočně labilními, po potratu se z mužů často stávají prostředníci mezi ženou a zdravotníky, často musí sdělit špatné zprávy rodině a blízkým, snaží se a chtějí ženu ochránit a pomoci jí od jejich negativních pocitů a může se stát, že situaci dobře nezvládnou, uzavřou se do sebe a potlačují

a odkládají proces truchlení (Borůvková et al., 2015). I u mužů se lze setkat s prožíváním pocitů smutku, stesku a pláče, k čemuž dochází často skrytě, může ale dojít i k bagatelizování situace (Špaňhelová, 2015). U muže se může objevit konflikt rolí, a to role silného muže, jenž nepláče, musí vše zvládnout, potom role muže-ochránce, kdy cítí pocity selhání, že nedokáže pomoci své ženě, že nezachránil jejich dítě, anebo třeba role muže-živitele, neboť muž může být žalem zasažen tak hluboce, že to ovlivní jeho pracovní výkonnost a finanční zabezpečení rodiny je rázem ohroženo (Borůvková et al., 2015). I partnerský vztah bývá potratem zasažen, a to různými způsoby, některé páry tato smutná zkušenost sblíží a jejich vztah zocelí, neboť se prohloubí jejich vzájemná důvěra a žal prožívají společně, stmeluje je pocit, že se mohou jeden o druhého opřít a cítí, že jeden bez druhého by danou situaci nezvládli (Borůvková et al., 2015). U jiných párů naopak dochází k odcizení, vzájemnému obviňování, hněvu a neporozumění např. proto, že každý prožívá svůj žal zcela jinak a nemají jeden pro druhého potřebné pochopení; pro někoho je prožití potratu dokonce impulzem k ukončení vztahu (Borůvková et al., 2015).

1.3.2 Proces truchlení

Se ztrátou dítěte obvykle rodiče procházejí procesem truchlení, neboť truchlení a zármutek jsou přirozenou reakcí, která ztrátu někoho nebo něčeho blízkého provází (Ratislavová, 2016). Proces truchlení se ve svých hlavních bodech a fázích shoduje u všech lidí, ačkoliv se může stát, že k jeho zahájení u někoho nedojde, nebo že je předčasně ukončen, což závisí na různé míře zvládnání zátěže, na prožitých zkušenostech i na typu osobnosti (Borůvková et al., 2015). Šok a popírání, zmatek, pláč, strach a ochromení přicházejí v první fázi procesu truchlení, následně přecházející ve fázi druhou, a to ve vztek, úzkost, zármutek, obviňování, frustraci, bolest a stud, následující fázi třetí, kdy dochází ke smlouvání, ve čtvrté fázi potom k depresím, zoufalství, izolaci, smutku a bezmoci a celý proces vyústí ve pátou fázi, a to akceptací, změnou životních hodnot a novým plánováním (Ratislavová, 2016). Podaří-li se truchlícím úspěšně projít procesem truchlení, dokážou potom lépe pracovat se svými emocemi, vnímat je, pojmenovat a přijmout a posílí své schopnosti v překonání a zvládnutí krizové situace, naopak nedojde-li ke zvládnutí tohoto procesu, obvykle se po několika měsících objeví úzkosti, nesnesitelné pocity viny, stud, výčitky svědomí a změněné vnímání skutečnosti (Borůvková et al., 2015).

Borůvková et al. (2015) dále uvádí, že při procesu truchlení jsou velmi důležité ochranné faktory, které napomáhají vyrovnání se se ztrátou dítěte, přičemž mezi tyto faktory patří sociální opora, především od partnera a nejbližších osob, případně sdílení zkušenosti s ostatními ženami, které potkal stejný osud, dále informační podpora, kdy porodní asistentka může doporučit kontakty na odborníky, informační materiály či organizace, které mohou ženě pomoci s následnou psychoterapií. Patří sem i podpora ošetrovatelského personálu, odborná psychologická pomoc, dále i spiritualita a víra, jelikož pro ženu může být snazší se vyrovnat se ztrátou, když si jí může odůvodnit boží vůlí (Borůvková et al., 2015).

1.4 Péče porodní asistentky o ženu s potratem

Gynekologie je lékařský obor, jenž se zabývá péčí o ženu, a to především prevencí, diagnostikou a léčbou různých nemocí pohlavních orgánů, zatímco porodnictví představuje lékařský obor věnující se těhotenství fyziologickému a patologickému, porodu i šestinedělí (Slezáková et al., 2017). Oba obory jak gynekologie, tak porodnictví patří mezi obory interdisciplinární, péče o ženy je tudíž prováděna zdravotnickým týmem, do kterého nezastupitelně patří i porodní asistentka (Valová a Douchová, 2011). Péče v porodní asistenci, rozvíjející se vědní obor, tedy navazuje na gynekologii a porodnictví a zabývá se hlavně péčí o ženy, a to od dětství až do stáří, v souvislosti s fertilitou, ve zdraví i nemoci, ale i péčí o rodiny a komunity daných žen (Slezáková et al., 2017).

Péče o ženu s potratem není obvykle v literatuře vnímána jako samostatná kapitola gynekologicko-porodnického ošetrovatelství, lze ji však zařadit do oblasti péče o těhotnou ženu, rodičku a šestinedělku, v které je hlavním cílem předcházet vzniku komplikací, a to během celého těhotenství, porodu a následného šestinedělí, ale spadá sem právě i péče o ženy s patologickým těhotenstvím (Slezáková et al., 2013). Mezi hlavní úlohy porodní asistentky v rámci péče v gynekologii a porodnictví patří uspokojování potřeb nejen biologických, ale i sociálních, psychických a duchovních, dále uskutečňování péče preventivní, léčebné i následné, podpora zájmu o ochranu a podporu zdraví ženy, edukace, monitoring požadavků žen a celkově poskytování péče maximální kvality, což jsou úlohy v procesu o ženu s potratem bezesporu hojně uplatňovány a plněny (Slezáková et al., 2017).

Žena s diagnózou potratu přichází do kontaktu s porodní asistentkou na různých gynekologicko-porodnických odděleních a v různých fázích potratu a porodní asistentka často může být prvním zdravotnickým pracovníkem, se kterým se žena setká, přičemž častým místem prvního kontaktu s porodní asistentkou bývá ambulantní část (Slezáková et al., 2017). Jak Slezáková et al. (2017) dále specifikuje, porodní asistentka v ambulanci má za úkol především náležitě poskytování péče, a to v průběhu všech životních etap ženy, poskytování rad a informací samostatně, či společně s lékařem, poskytování informací o zvyklostech zdravotnického zařízení, kde se bude např. potrat konat, na jakém oddělení bude probíhat hospitalizace nebo jak se má žena na hospitalizaci a výkon připravit. Dále má potom na starost asistenci lékaři při gynekologickém či ultrazvukovém vyšetření, při malých operačních výkonech, monitoring fyziologických funkcí žen s těmito zákroky, a to před, během i po zákroku, aplikaci léků, odběry biologického materiálu a jeho orientační zhodnocení a v neposlední řadě také dohled na čistotu a pořádek na pracovišti a na zajištění pomůcek (Slezáková et al., 2017). Porodní asistentka v gynekologicko-porodnických ambulancích ženy často edukuje, čímž je připravuje na vyšetření, usnadňuje jim překonání psychických bariér, radí v oblastech antikoncepce, hygieny i zdravého stravování a pohybu, někdy vysvětluje pokyny, rady a pojmy vyslovené lékařem a schopnost komunikace by měla být celkově její velkou doménou (Dušová, 2011). Ambulantní péče může být ženám poskytována v rámci privátní gynekologické praxe nebo v rámci gynekologicko-porodnického oddělení v nemocnici, které rovněž disponuje ambulantní částí (Slezáková et al., 2013). Přijde-li žena s podezřením na potrat nebo s diagnózou potratu do ambulance, dochází následně k léčbě a preventivní péči, k vyšetření před hospitalizováním v nemocnici a také se u ženy mohou provést drobné operace jako třeba právě umělé ukončení těhotenství či kyretáž (Slezáková et al., 2013). Jak bylo již zmíněno, v literatuře není uveden přesný popis péče porodní asistentky o ženu, která si prochází potratem, avšak lze z literatury vyvodit, že u ženy, u které je podezření na potrat nebo jej má již diagnostikovaný, bude porodní asistentka poskytovat náležitou péči a bude tedy monitorovat fyziologické funkce ženy a rozsah případného krvácení, provede potřebné krevní odběry, následně bude asistovat lékaři při všech vyšetřeních a případných výkonech, bude podávat potřebné léky a po celou dobu bude s ženou pečlivě komunikovat, edukovat ji, dbát na naplňování jejích potřeb a bude se k ženě chovat empaticky s ohledem na situaci, kterou si žena prochází. Stejně principy péče bude porodní asistentka uplatňovat i na ostatních odděleních, kde se může s ženou s potratem setkat.

Žena s potratem dále přichází do styku s péčí porodní asistentky na lůžkové části gynekologicko-porodnického oddělení a může to být podle ženina stavu standardní lůžkové gynekologické oddělení, případně se může jednat o jednotku pooperační intenzivní péče (Slezáková et al., 2013). Ošetrovatelská péče na gynekologicko-porodnickém oddělení se vykazuje všeobecně velkou náročností, u žen s potratem se může totiž jednat i o pacientky v ohrožení života např. u prasklého mimoděložního těhotenství, ženy se nacházejí pod vlivem velmi stresující situace, kdy jejich nenarozené dítě přišlo o život, prochází hormonálními změnami a jejich psychika je labilnější než obvykle (Slezáková et al., 2017). I pečující porodní asistentky, které by měly být ženě oporou, musí často zvládnout během péče o ženu procházející si potratem značnou psychickou i fyzickou zátěž (Slezáková et al., 2017).

Žena, u které je potřeba provést v rámci ukončení těhotenství nějaký z výše popsaných operačních zákroků, se dostává na operační úsek gynekologicko-porodnického oddělení, který bývá uspořádán v podstatě jako na oddělení chirurgickém, ale jeho vybavení je přizpůsobeno potřebám gynekologicko-porodnického oboru a můžou se zde provádět zákroky vaginální, laparoskopické, hysteroskopické i zákroky abdominální, přičemž práce porodní asistentky zde odpovídá náplni práce jako na každém podobném operačním úseku (Slezáková et al., 2013). Hospitalizace ženy s potratem a celkově péče o ni má svá specifika, vyžaduje taktní a ohleduplné jednání, žena by během preindukce a indukce potratu měla být vždy umístěna na samostatný pokoj se zajištěním absolutního klidu, důraz se klade na analgezií a žena by měla být dostatečně poučena o následné terapii po potratu, aby se předešlo postabortivnímu syndromu (Sák, 2008). Porodní asistentka pečující o ženu s potratem by si vždy měla najít čas na vysvětlení prováděných testů a vyšetření, popsání situace a následujících postupů, měla by zodpovídat kladené otázky, umožnit a respektovat doprovod partnera a dát oběma čas a prostor na truchlení, jelikož se pro ně jedná o smrt očekávaného dítěte; může ženu povzbudit ve vyjadřování pocitů, zajistit jí soukromí, vyslechnout a vysvětlit ženě, že za nastalou situaci nenese vinu (White a Bouvier, 2005).

1.4.1 Role porodní asistentky

I zde je potřeba zmínit, že informace k tomuto tématu není v literatuře snadné najít, jelikož literatura se zabývá spíše porodem mrtvého plodu, případně potratem v druhém trimestru, nikoliv už tolik potraty spontánními v trimestru prvním. Naštěstí, jak uvádí

např. Borůvková et al. (2015), dnes již lidé začínají chápat, že proces ztráty dítěte a následný proces truchlení je obdobný ve všech fázích těhotenství nebo těsně po něm a principy, které jsou uplatňovány při porodu mrtvého plodu a po něm, se dají uplatnit i v případě potratu.

Je dobré si uvědomit, že i porodní asistentka si může v situaci, kdy pečuje o ženu, respektive pár, který přišel nebo přichází o nenarozené dítě, procházet pocity bezmoci a selhání a mohou jí vyvstat na mysl vzpomínky z vlastní bolestné zkušenosti, pokud si třeba sama dříve potratem prošla (Špaňhelová, 2015). Porodní asistentku mohou přepadnout rozpaky z komunikace se ženou a jejím partnerem, pocit neschopnosti, protože třeba neví, jak rodině ulevit od její bolesti a zároveň může mít porodní asistentka strach z pohledu na mrtvé dítě a strach se ho dotýkat (Špaňhelová, 2015). Každopádně to, jak se porodní asistentka bude chovat navenek je nesmírně důležité a má to zásadní vliv na počátek procesu truchlení u rodičů, neboť porodní asistentka bývá v kontaktu s partnery právě v akutní fázi prožívání perinatální ztráty (Borůvková et al., 2015).

Základním bodem při péči o ženu s potratem je empatie, klid, vhodná komunikace a podávání adekvátních informací (Špaňhelová, 2015). Špaňhelová (2015) také uvádí, že pokud je to možné, o ženu by se měla starat jedna porodní asistentka, která by měla ženu slovně vést a podávat informační sdělení o tom, co se bude dít a jak bude potrat probíhat, přičemž toto sdělení by mělo být spíše krátké a hlavně srozumitelné. Je vhodné, aby porodní asistentka v přiměřené síle projevovala své vlastní emoce a vyjádřila ženě, či páru svou účast, a to klidně i beze slov, jen pohledem či třeba stiskem ruky, pohlazením, naopak naprosto nevhodný je přístup odosobněný, snaha o co nejrychlejší vyřízení potratu, předstírání, že o nic nejde a že se vlastně nic nestalo, tím pádem neposkytnutí potřebné podpory (Borůvková et al., 2015). Stejně tak je zcela nevhodné a pro partnery velmi bolestné bagatelizování jejich smutku ze strany personálu a pronášení nevhodných komentářů (Borůvková et al., 2015). Naprosto zraňující jsou komentáře, které racionalizují a bagatelizují smutek partnerů nad ztrátou dítěte a komentáře s důrazem na další možná těhotenství, z kterých se může narodit zdravé dítě (Ratislavová, 2008). Emoční odměřenost a zaměření se pouze na uspokojování fyziologických potřeb není správným přístupem, avšak dochází k němu poměrně často právě proto, že se jím zdravotníci chrání před velkou emoční zátěží, partnerům ale takové chování nikterak nepomáhá, naopak rodiče velmi ocení, když před nimi personál projeví vlastní emoce, smutek a nepotlačovaný pláč (Borůvková et al., 2015). Ženě by vždy měla být nabídnuta možnost přítomnosti nějaké blízké osoby, měly by být plněny její potřeby, třeba

i nevyslovené, měla by být vedena k co nejsamostatnějším rozhodnutím a dobré je rovněž ženu povzbuzovat, ocenit její sílu a statečnost (Špaňhelová, 2015). Je prospěšné, aby porodní asistentka ujistila ženu a její doprovod, že se na ní mohou kdykoliv obrátit, aby trpělivě opakovala potřebné informace, aktivně a pozorně naslouchala obavám a nářkům, povzbuzovala a chválila ženu za její statečnost a pomáhala jí pojmenovat emoce, které může žena cítit (Borůvková et al., 2015). Zdravotnický personál by měl ženě nabídnout všechny dostupné možnosti, měl by jí tedy zajistit co největší možné soukromí, informovat a nabízet jí léky tlumící bolest, případně i léky ulevující od psychické zátěže; měl by jí v případě potratu v druhém trimestru těhotenství umožnit a dokonce opakovaně nabídnout možnost vidět její dítě, za předpokladu, že si to bude přát a stejně tak by jí a jejímu partnerovi měl být dán dostatek času se s dítětem důstojně rozloučit (Borůvková et al., 2015). Vhodná je u pozdních potratů také nabídka vyrobení nějakého upomínkového předmětu přímo ve zdravotnickém zařízení, případně fotografií a především by měla žena mít příležitost své dítě náležitě pohřbít a zažít si tak úplný proces rozloučení, který je podstatnou součástí procesu truchlení, a to bez ohledu na to v jaké fázi těhotenství potrat proběhl (Borůvková et al., 2015). Od léta 2017 platí již zákon č. 193/2017 Sb., kterým se mění zákon č. 256/2001Sb., o pohřebnictví a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony, podle kterého je zdravotnický pracovník ve zdravotnickém zařízení, ve kterém došlo k potratu, povinen zajistit uložení jiných lidských pozůstatků, aby mohly být pohřbeny, a to po dobu 96 hodin od potratu nebo ukončení těhotenství a následně je onen pracovník povinen ostatky pro účel pohřbu vydat, přičemž potrat se v takové situaci považuje skutečně za událost stejnou, jakou je úmrtí. Tento zákon rodičům dává alespoň trochu času na rozhodnutí o tom, zda chtějí dítě pohřbít a dává jim jakousi záruku, že se s jejich dítětem bude zacházet důstojně.

Podle svých možností by každá porodní asistentka měla splnit přání rodičů během tak náročné situace jako potrat je, měla by respektovat jejich kulturní, rodinné a duchovní tradice a naplňovat jejich potřeby (Borůvková et al., 2015). Jak Borůvková et al. (2015) uvádí je také vhodné rodiče vybavit např. informačními letáky, které podávají informace o tom, jaké možnosti rodiče po ztrátě dítěte mají a na koho se mohou obrátit, jaká existují krizová centra pro lidi, kteří se ocitli v situaci jako oni a kde mohou případně hledat odbornou pomoc.

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1.: Zjistit jak porodní asistentky pomáhají v naplňování potřeb u žen, které prodělaly potrat.

Cíl 2.: Zjistit spokojenost žen, které prodělaly potrat, s péčí porodních asistentek.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jakým způsobem uspokojují porodní asistentky bio-psycho-socio-spirituální potřeby žen, které prodělaly potrat?
2. Jak hodnotí ženy péči porodních asistentek v průběhu potratu?
3. Jak porodní asistentky pomáhají ženám s potratem zvládnout jejich situaci?

2.3 Operacionalizace pojmů

Potrat: situace, kdy plod po vypuzení nebo vynětí z těla matčina neprojevuje ani jednu ze známek života a zároveň je jeho hmotnost menší než 500 g a nelze-li hmotnost zjistit, jestliže je těhotenství kratší než 22 týdnů (ÚZIS ČR, 2016).

Spontánní potrat: potrat, který není vyvolán žádným zevním zásahem (Pařízek, 2015).

Zamlklý potrat: neboli missed abortion je typ spontánního potratu, při kterém dochází k odumření plodového vejce, které není vypuzeno dělohou a je nutno jej z dělohy odstranit (Hájek, 2014).

Mimoděložní těhotenství: těhotenství, kdy se oplodněné vajíčko implantuje mimo děložní dutinu a to většinou ve vejcovodu, vzácně na vaječníku, omentu, v hrdle děložním, nebo třeba i ve střevě (Roztočil, 2011).

Umělé ukončení těhotenství ze zdravotní indikace: situace, kdy je kvůli zdravotní indikaci matky nebo plodu doporučeno, nebo je dokonce nezbytné těhotenství ukončit (Slezáková et al., 2017).

Porodní asistentka: vysokoškolsky vzdělaný zdravotnický pracovník, který zajišťuje péči o ženu v těhotenství, při porodu a v šestinedělí, má kompetenci vedení fyziologického porodu a péče o novorozence a pečuje také o ženy na úseku gynekologie (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2014).

Ošetrovatelský proces: systematická a racionální metoda plánování a poskytování ošetrovatelské péče, skládající se z pěti kroků: posuzování, diagnostiky, plánování, realizace a vyhodnocení (Kopáčiková et al., 2012).

Potřeba: stav nedostatku nebo nadbytku něčeho nezbytného, který je třeba uspokojit, přičemž potřeby se dělí na primární - fyziologické a sekundární - psychické a sociální (Kopáčiková et al., 2012).

3 Metodika výzkumu

3.1 Metodika a technika výzkumu

Pro výzkumnou část bakalářské práce bylo zvoleno kvalitativní výzkumné šetření. Výzkumná data byla získávána pomocí polostrukturovaných rozhovorů, které vycházely z předem připravených témat a otevřených otázek (Švaříček et al., 2014). Rozhovor se skládal z šesti základních otázek (Příloha 1), které byly doplněny o podotázky, za účelem získání podrobnějších a přesnějších informací ohledně péče porodní asistentky o ženy s potratem (Milovský, 2006). Tyto rozhovory proběhly se ženami s diagnózou potratu na základě předchozí domluvy a se slovním souhlasem žen byly rovněž nahrány, následně pečlivě přepsány, vytištěny a analyzovány do bakalářské práce. Získaná data byla zpracována a analyzována pomocí otevřeného kódování, konkrétně pomocí metody papír a tužka (Švaříček et al., 2014).

Respondentky pro výzkum byly vybrány metodou záměrného neboli účelového výběru, kdy byly cíleně zvoleny respondentky, které splňovaly určité kritérium (Milovský, 2006), tedy, že za svůj život v posledních 10 letech prodělaly potrat. Metoda záměrného výběru byla kombinována s metodou samovýběru (Milovský, 2006), kdy byl na určitá internetová fóra týkajících se potratů vypsán inzerát, na který respondentky, splňující požadované kritérium, mohly samy reagovat a samy se mohly rozhodnout, zda se výzkumu zúčastní. Rozhovor byl proveden celkem se sedmi respondentkami a vzorek byl považován za nasycený ve chvíli, kdy se sebraná data začala opakovat (Disman, 2011). Všechny respondentky byly nejprve seznámeny s tématem a cílem bakalářské práce, následně s účelem a formou výzkumného šetření a strukturou připraveného rozhovoru. Zúčastněné ženy byly rovněž ujistěny, že data poskytují anonymně a bude plně respektováno jejich soukromí.

Po přepsání a vytištění byly jednotlivé rozhovory označeny a očíslovány - například R1 (respondentka 1). V rámci kódování bylo následně vytvořeno celkem pět hlavních kategorií a k nim deset podkategorií, které jsou přehledně rozčleněny v tabulce 2. Každá podkategorie v sobě zahrnuje různé odpovědi respondentek, někdy dokonce včetně přímých citací, které jsou pro lepší orientaci v textu označeny kurzivou.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor se skládá ze sedmi žen ve věku od 26 do 40 let. Každá z žen mezi lety 2011 až 2018 prodělala alespoň jednu potrat, a to buďto potrat spontánní nebo zamlklý, mimoděložní těhotenství, nebo umělé ukončení těhotenství ze zdravotní indikace plodu. Konkrétně jedna respondentka prodělala mimoděložní těhotenství, dvě respondentky zamlklý potrat v prvním trimestru a jedna respondentka zamlklý potrat v trimestru druhém. Dále jedna respondentka prodělala potrat spontánní v prvním trimestru a dvě respondentky podstoupily umělé ukončení těhotenství ve druhém trimestru těhotenství, a to ze zdravotní indikace plodu. Pro přehlednost jsme se ve výzkumu u každé respondentky soustředily především na poslední prodělaný potrat.

4 Výsledky

4.1 Identifikační údaje respondentek

Tabulka 1 Identifikační údaje (R1 – R7)

Respondentka	Věk	Rok potratu	Fáze těhotenství	Druh potratu	Příčina	Země
R1	29 let	2011	7. týden	mimoděložní těhotenství	zúžené vejcovody, endometrioza	ČR
R2	40 let	2013	21. týden	genetická příčina na straně plodu	neznámá	Lucembursko
R3	29 let	2017	10. týden	zamlklý potrat	neznámá	ČR
R4	34 let	2018	19. týden	zamlklý potrat	zatím neznámá	ČR
R5	32 let	2014	7. týden	zamlklý potrat	neznámá	ČR
R6	31 let	2017	8. týden	spontánní potrat	neznámá	ČR
R7	26 let	2017	21. týden	genetická příčina na straně plodu	špatně vyvinuté ledviny plodu	Rakousko

Zdroj: vlastní

Respondentce 1 je 29 let a prodělala dvě mimoděložní těhotenství, obě v 6. až 7. týdnu těhotenství a obě v roce 2011. Při každém mimoděložním těhotenství byl respondentce odebrán jeden vejcovod, při druhém mimoděložním těhotenství tedy přišla i o přirozenou plodnost.

Respondentce 2 je 40 let a prodělala také dva potraty. První potrat byl potrat zamlklý v r. 2008 kvůli krevnímu onemocnění, konkrétně kvůli zvýšenému antifosfolipidu a tento potrat byl vyřešen potratovou pilulkou. Druhý potrat byl umělé ukončení těhotenství ze zdravotní indikace plodu ve 21. týdnu těhotenství v r. 2013. Indikací k umělému ukončení těhotenství byl u respondentky trpasličí syndrom plodu. Respondentka prodělala oba potraty v Lucembursku.

Respondentka 3 si prošla dvěma potraty. V roce 2014 proběhl první potrat v 6. týdnu těhotenství jako potrat spontánní, druhý pak o tři roky později v roce 2017 jako zamlklý potrat v 10. týdnu těhotenství. Příčina je v obou případech neznámá. V obou případech podstoupila respondentka kyretáž.

Respondentce 4 je 34 let a došlo u ní r. 2018 k zamklému potratu v 19. týdnu těhotenství, příčina je zatím neznámá.

Respondentka 5 je 32 let, potrat u ní nastal v r. 2014 a jednalo se o spontánní potrat v 7. týdnu těhotenství bez známé příčiny. Respondentka podstoupila kyretáž.

Respondentce 6 je 31 let a r. 2017 prodělala zamklý potrat v 8. týdnu těhotenství, přičemž příčina je rovněž neznámá a pacientka také podstoupila kyretáž.

Respondentce 7 je 26 let a r. 2017 prodělala umělé ukončení těhotenství ze zdravotní indikace plodu, jelikož plod neměl správně vyvinuté ledviny. Samotné provedení potratu se odehrálo v sousedním Rakousku.

4.2 Vyhodnocení rozhovorů se ženami, které prodělaly potrat

Na základě zanalyzování získaných dat bylo pro potřeby jejich vyhodnocení vytvořeno šest kategorií a k těmto kategoriím celkem dvanáct podkategorií (viz. Tabulka 2). Výsledky každé podkategorie jsou detailně rozepsány a někde i doplněny o přímé citace jednotlivých respondentek.

Tabulka 2 Seznam kategorií a podkategorií výzkumu

Kategorie	Podkategorie
1. Komunikace	Komunikace v primární péči Komunikace v nemocnici
2. Informovanost	Informovanost primární péči Informovanost v nemocnici
3. Potřeby	Uspokojování biologických potřeb Uspokojování psycho-sociálních potřeb Uspokojování duchovních potřeb
4. Péče porodní asistentky	Zhodnocení péče ženami
5. Partner	Prožívání potratu ze strany partnera
6. Truchlení	Proces truchlení po potratu

Zdroj: vlastní

Kategorie 1 Komunikace

Kategorie Komunikace se zabývá tím, jak během celého procesu potratu probíhala komunikace mezi respondentkami a porodními asistentkami a lékaři. Tato kategorie se dále člení na dvě podkategorie a to na Komunikaci v primární péči a Komunikaci v nemocnici. Podkategorie komunikace v primární péči byla zvolena na základě toho, že

některým respondentkám byla sdělena diagnóza potratu právě v primární péči u obvodního gynekologa. Zároveň respondentky přicházely do primární péče na první kontrolu po potratu. Druhá podkategorie byla zvolena proto, že všechny respondentky byly kvůli potratu hospitalizovány a byla jim buďto provedena kyretáž nebo vyvolán potrat v druhém trimestru těhotenství a u některých proběhlo v nemocnici přímo i sdělení diagnózy.

Podkategorie: Komunikace v primární péči

Tato podkategorie popisuje, jakým způsobem v primární péči probíhala komunikace s respondentkami v situaci, kdy jim byla sdělena diagnóza potratu. Dále bylo zjišťováno, zda s respondentkami v této situaci komunikoval pouze lékař nebo i porodní asistentka, jaká komunikace byla a jak ji respondentky hodnotí.

Všem respondentkám byla sdělena diagnóza lékařem, z toho třem respondentkám (R2, R3, R4) právě lékařem v primární péči. Respondentky (R2 a R3) hodnotí komunikaci po sdělení diagnózy pozitivně, obě vyzdvihují klidnou a empatickou komunikaci. R2 řekla: „*Můj lékař byl špičkový, empatický, měl čas na klienty, nevadilo mu, že u něj člověk seděl hodinu, byl velmi přátelský, otevřený, trpělivý a milý, bylo vidět, že je mu strašně líto mi to oznamovat.*“ R3 byla v obdobné situaci a uvedla: „*Můj doktor byl opravdu empatický, všechno mi v klidu řekl, že jsem ani nebrečela.*“ S respondentkami (R2 a R3) komunikovala v primární péči po sdělení diagnózy i porodní asistentka a obě respondentky tuto komunikaci hodnotí kladně, a to jako empatickou, projevující zájem o jejich pocity. Respondentka R3 vyzdvihuje podpůrné komentáře porodní asistentky: „*Říkala, ať jsem statečná a že ví, jaký to je, že si tím taky prošla a říkala, že ví, že děti mít můžu, když mám doma zdravého kluka a že se to příště určitě podaří.*“ Tyto komentáře vnímala respondentka pozitivně, cítila, že se jí porodní asistentka snaží pomoci. Respondentka R 4 uvedla, že ohledně potratu komunikovala po sdělení diagnózy pouze s lékařem a komunikace podle ní nebyla dostatečná. Respondentka R4 řekla: „*Doktor byl se mnou poměrně rychle hotový, nic zvláštního empatického mi neřekl.*“ S porodní asistentkou respondentka v primární péči komunikovala pouze na organizační úrovni, o potratu s ní porodní asistentka vůbec nekomunikovala. Na otázku, jak měla porodní asistentka komunikovat, respondentka odpověděla: „*Ocenila bych, kdyby mi prostě aspoň řekla, ať se držím, nebo že jí to mrzí třeba, nebo kdyby se zeptala, jestli něco nepotřebuju, třeba napít, protože já jsem byla opravdu v šoku.*“ Celkově respondentce chyběla v komunikaci podpora a útěcha.

Respondentka R1 uvedla, že se při potížích chtěla dostavit ke svému gynekologovi, ten ji, ale po telefonu označil za „hysterickou matku“, tudíž jela rovnou do nemocnice, komunikaci s lékařem tedy hodnotí jako nedostatečnou a neempatickou.

Dále nás zajímalo hodnocení komunikace při první návštěvě primární péče po prodělaném potratu a i v této situaci nás primárně zajímalo, jestli byla komunikace empatická a s kým komunikace převážně probíhala, jestli pouze s lékařem, nebo i s porodní asistentkou. Zkoumaly jsme, zda respondentkám přišla komunikace v těchto dvou situacích důležitá a zda jim nějakým způsobem pomohla.

Všechny respondentky podstoupily po potratu kontrolu u svého gynekologa v primární péči. Pět ze sedmi respondentek (R2, R3, R5, R6, R7) hodnotí komunikaci se svým gynekologem po potratu pozitivně a označily ji za empatickou. Respondentka R2 uvedla, že komunikovala spíše s gynekologem, ale i komunikaci s porodní asistentkou označila jako milou. Respondentky (R3, R5, R6) vyzdvihly komunikaci s porodní asistentkou, neboť u všech třech respondentek porodní asistentky projevily zájem o to, jak se respondentkám daří. Respondentka R5 na otázku, zda s ní asistentka komunikovala, odpověděla: *„Ano, ptala se mě jak se mám, jak se mi daří a jak to psychicky zvládám. To byl vlastně první jakoby zdravotnický pracovník, který se mě na to vůbec zeptal.“* Naopak dvě respondentky (R1 a R4) uvedly, že komunikace s jejich gynekologem nebyla vůbec empatická, ale jen věcná a bez zájmu. Komunikace s porodními asistentkami u těchto gynekologů nebyla žádná, obě respondentky (R1 a R4) se rozhodly po potratu změnit gynekologa. Respondentka R7 hodnotí kladně komunikaci se svým gynekologem, uvedla o svém lékaři: *„On na mě umí tak zapůsobit, že od něj vždycky odcházím v klidu, působí klidným sebejistým dojmem, tak, že se jakoby není čeho bát.“* Respondentka R7 má však negativní zkušenost s porodní asistentkou u svého gynekologa, která si neuvědomila, že respondentka prodělala potrat a na kontrole se respondentky zeptala, zda cítí pohyby miminka. Respondentka situaci popsala následovně: *„Když jsem přišla, tak mě dala zvážit, změřila mi tlak a najednou se ptala, jak se cítím a jestli malý kope, tak jsem otevřela oči a ptám se, prosím? A ona, no jestli cítím pohyby a já jí řekla, že jsem před čtyřmi týdny rodila. Myslím si, že žena ve 24. týdnu vypadá jinak než já tehdy.“* Na otázku, jak se asistentka po tomto incidentu zachovala, respondentka odpověděla: *„No, řekla, že se hrozně omlouvá a že je jí to strašně líto.“*

Podkategorie: Komunikace v nemocnici

Tato podkategorie se zajímá o to, jak a s kým probíhala komunikace v nemocnici při sdělení diagnózy, u příjmu, během potratu a po něm a opět nás zajímalo, jak respondentky komunikaci hodnotí a zda byla komunikace empatická, případně, jak by si respondentky komunikaci představovaly.

U čtyř respondentek (R1, R5, R6, R7) proběhlo sdělení diagnózy v nemocnici. Podle dvou respondentek (R1 a R5) proběhlo sdělení diagnózy nevhodným způsobem. Respondentka R1 uvedla: *„Takže já jsem se dozvěděla, že mám opravdu znovu mimoděložní těhotenství s nohama do praku, nahá na koze, když ta doktorka se zakrvavenou rukou směrem k sestře řekla, no je tam nějaký výpotek, já to tak vidím.“* Respondentka R5 řekla: *„U příjmu mi dělala ultrazvuk nějaká paní doktorka a říkala, že tam nic nevidí a hrozně se divila, že moje doktorka vůbec ten zárodek na ultrazvuku viděla.“* Dále na adresu lékařky pronesla: *„Byla podle mě dost nepříjemná a čekala jsem teda trochu více péče vzhledem k mojí situaci.“* Respondentka R6 hodnotí sdělení diagnózy a následnou komunikaci s lékařem neutrálně, byla v šoku a mnoho detailů z komunikace si nepamatuje. Komunikaci s porodní asistentkou hodnotí kladně, snažila se respondentku podpořit, i když ne příliš úspěšně, jak respondentka uvedla: *„Pohládila mě vlastně po rameni a řekla, že to bude dobrý, což teda jsem v tu chvíli ani slyšet nechtěla, v tu chvíli člověku rozhodně nepříjde, že by to mohlo být ještě dobrý.“* Respondentka R7 hodnotí sdělení diagnózy a následnou komunikaci s lékařem i porodní asistentkou kladně a jako empatickou. Respondentka R7 komunikovala také s psychologkou, která byla přizvána do ordinace po sdělení diagnózy, komunikace ze strany psychologky byla také empatická.

Při celkovém hodnocení komunikace během hospitalizace, ať už s lékaři, či s porodními asistentkami, hodnotí tři respondentky (R1, R5, R6) komunikaci jako nedostatečnou a bez empatie, zaměřenou pouze na organizační a informační záležitosti. Respondentka R1 k tomu dodává: *„Prostě se to moc neřeší, byla to čistě moje soukromá věc, že by si s vámi o tom někdo promluvil, to jsem si vůbec nevšimla, takže to bylo takový smutný.“* Respondentka R1 se také setkala s nevhodnou komunikací od anesteziologické sestry, která na pláč respondentky reagovala slovy: *„Nebrečte mi tady a vysmrkejte se, ať vás můžu uspat.“* Na otázku, co respondentce R1 nejvíce v komunikaci chybělo, odpověděla: *„I kdyby mi někdo řekl třeba jen naučenou větu: mně je líto, co se vám stalo, my vám teď pomůžeme, aby vás to nebolelo, nebo kdyby mě ta sestra místo toho komentáře chytila za ruku, tak je to o level jinde.“* Respondentka R5 má obdobnou

zkušenost a uvedla: „*O tom, že jsem přišla o miminko, o dítě, o tom se mnou nikdo nemluvil.*“ I respondentka R6 na otázku ohledně hodnocení komunikace uvedla: „*Nikdo to nebral tak, jako že si procházím něčím pro mě hrozným, že jsem přišla o svoje vytoužený miminko. Pro ně to byl prostě další potrat, další zákrok, který musí vyřešit.*“ Respondentka R6, ale uvedla, že se během hospitalizace setkala s jednou porodní asistentkou, která byla milá a empatická, zajímala se o ni a dokázala jí psychicky podpořit. Tyto tři respondentky (R1, R5, R6) také zdůraznily, že z komunikace vycítily, že jejich potrat představuje pro zdravotníky pouze rutinní záležitost. Respondentka R3 hodnotí komunikaci s lékaři i porodními asistentkami celkově kladně, jako vyloženě empatické vyzdvihuje spíše jednotlivé lékaře a porodní asistentky, ale ne personál jako celek. Naprosto kladně hodnotí komunikaci v nemocnici tři respondentky (R2, R4 a R7), které uvedly, že všichni lékaři i porodní asistentky byli velmi milí a empatictí. Dvě respondentky (R4 a R7) zdůraznily, že jim vyhovovalo, že komunikace probíhala v klidu a pomalu. Respondentka R7 uvádí pouze jednu porodní asistentku, s jejíž komunikací byla nespokojená a z které měla pocit, že respondentku ignoruje.

Kategorie 2 Informovanost

V této kategorii je popisováno, jakým způsobem byly respondentky informovány ohledně jejich situace po sdělení diagnózy, potom během hospitalizace v nemocnici a také po potratu. Je zde rovněž sledováno, zda hodnotí respondentky informovanost jako dostatečnou a zda pro ně byly informace důležité. Kategorie je rozdělena na dvě podkategorie a to na Informovanost v primární péči a na Informovanost v nemocnici.

Podkategorie 1 Informovanost v primární péči

Třem respondentkám (R2, R3, R4) byla sdělena diagnóza v primární péči, tudíž v primární péči došlo i k podání informací k dalšímu průběhu potratu. Dvě respondentky (R2 a R3) hodnotí tuto informovanost pozitivně, obě dvě respondentky byly v primární péči informovány především lékařem, ale porodní asistentka podala doplňující informace ohledně toho, kam jít, co si vzít do nemocnice a co se tam bude dít. Respondentka R3 ocenila, že s ní lékař probral i možnost nechat potrat proběhnout spontánně a podal jí dostatečné informace, na jejichž základě se respondentka sama rozhodla pro kyretáž. Respondentka R4 hodnotí informovanost od gynekologa po sdělení diagnózy jako nedostatečnou, uvedla: „*Řekl jen, že mi napíše zprávu pro nemocnici, řekl mi ať si tam dojdu a domluví se s nimi na dalším postupu.*“ Respondentka R4 také zdůrazňuje, že

by jí lepší informace pomohly překonat šok po sdělení diagnózy. Respondentce R4 porodní asistentka u gynekologa neposkytovala žádné doplňující informace.

Po potratu navštívily všechny respondentky svého gynekologa a všechny byly nějakým způsobem informovány o svém zdravotním stavu a dalších možnostech a to především svým lékařem. Pouze jedna respondentka R6 uvedla, že jí porodní asistentka nabídla možnost telefonického doplnění informací, v případě, že by se chtěla respondentka na něco zeptat. Pět respondentek (R2, R3, R5, R6, R7) uvedlo, že jim jejich gynekolog po potratu poskytl dostatek informací ohledně jejich zdravotního stavu, o možných příčinách potratu a o dalším možném postupu. Tyto respondentky byly s informovaností v primární péči spokojené. Dvě respondentky (R1 a R4) hodnotí podání informací v primární péči po potratu jako nedostatečné. Respondentka R1 uvedla, že v lékaře ztratila důvěru. Respondentka R4 vypověděla, že jí po potratu lékař podal profesionální informace ohledně jejího zdravotního stavu, ale na otázky ohledně dalšího těhotenství a ohledně možné příčiny nepodal uspokojivé odpovědi. Obě respondentky (R1 a R4) se rozhodly po potratu změnit gynekologa.

Podkategorie 2 Informovanost v nemocnici

Čtyři respondentky (R1, R5, R6, R7) byly o své diagnóze informovány v nemocnici lékařem. Respondentka R1 podstoupila akutní zákrok a byla lékařem informována až po něm, ale s informacemi ohledně zákroku byla spokojená. Tři respondentky (R5, R6, R7) hodnotí informace po sdělení diagnózy kladně a považují je za dostatečné. Respondentka R5 uvedla, že s ní byla probrána i možnost spontánního potratu místo kyretáže, ale na základě získaných informací se rozhodla pro kyretáž. Respondentka R6 uvedla, že informovanost byla dostatečná, ale bezprostředně po sdělení diagnózy o informace ani neměla zájem. Respondentka R7 hodnotí podání informací velmi kladně, byly poskytnuty v klidu a srozumitelně.

Během hospitalizace hodnotí šest respondentek (R2, R3, R4, R5, R6, R7) informovanost jako dostačující, bylo jim sděleno dostatečné množství informací ohledně jejich zdravotního stavu, šestinedělí i dalších možností. Respondentka R2 uvedla: „*Myslím, že mi všechno podrobně vysvětlili, dali mi čas si vše rozmyslet, nechvátali na mě, na otázky reagovali pozitivně, na vše v klidu odpovídali i po několikáté*“. Respondentka R4 hodnotí informovanost jako precizní a velmi podrobnou: „*Lékařka nám vysvětlila celý postup, řekla, co se bude asi dít, aby mě na ten potrat připravila a vysvětlila i jiné možné scénáře, co by se dělo, kdyby první tabletky hned nezabrala. Opravdu mě*

tím uklidnila.“ Respondentky R2, R4 a R5 ocenily trpělivé a uspokojivé zodpovídání otázek. Respondentka R6 uvedla, že neměla potřebu klást otázky a s informovaností byla spokojená, řekla: *„Celkově hodnotím informovanost pozitivně, když jsem se zeptala, tak odpověděli, ale já se ani moc neptala, přijímala jsem informace, co mi řekli a ty mi v tu chvíli stačily.“* Zdůraznila také, že jí podrobné informace pomohly: *„Člověku pomůže, když ví, co se s ním bude dít.“* Všech šest respondentek (R2, R3, R4, R5, R6, R7) se shodlo na tom, že jim informace podávaly především lékaři a porodní asistentky informace spíše doplňovaly, případně některé informace zopakovaly, nebo podávaly informace organizačního charakteru. Respondentka R3 zdůraznila, že jí přišlo, že porodní asistentky se zajímaly spíše o „svá lejstra“. Respondentka R7 uvedla, že o ni přímo během potratu pečovala jedna porodní asistentka, která nepodávala dostačující informace o tom, jak se má respondentka během potratu chovat a jak si jej ulehčit, ale po předání do péče jiným porodním asistentkám byla již s informovaností spokojená.

Jediná respondentka R1 hodnotí podávání informací v nemocnici během hospitalizace jako nedostatečné, a to jak od lékařů, tak od porodních asistentek. Při otázkách byla většinou odkázána na svého gynekologa a řekla: *„Od doktorů jsem se nedozvěděla jako nic, i když jsem občas projevila snahu se něco dozvědět, abych jako věděla jak dál, tak většinou odpověděli – na to se zeptejte svého gynekologa, až tam půjdete na kontrolu.“* Dále uvedla: *„Některé věci jsem se dozvěděla až z propouštěcí zprávy.“* Informace ohledně šestinedělí a dalšího možného postupu nedostala.

Kategorie 3 Uspokojování potřeb

Tato kategorie se zabývá tím, jakým způsobem porodní asistentky uspokojují potřeby respondentek, a to jak potřeby biologické, tak ty psychosociální a potřeby duchovní.

Podkategorie 1 Uspokojování biologických potřeb

Podkategorie popisuje, jak porodní asistentky pečovaly o biologické potřeby respondentek, tedy o výživu, příjem tekutin, bolest, sledování fyziologických funkcí včetně krvácení a spánek. Bylo také zkoumáno, zda bylo uspokojování potřeb biologických upřednostněno před uspokojováním potřeb psycho-sociálních.

Všechny respondentky (R1-R7) odpověděly, že s uspokojováním těchto potřeb nebyl žádný problém a že o tyto potřeby bylo postaráno velmi dobře. Respondentka R4 například uvádí: *„Asistentky mě informovaly o tom, že mám kdykoliv možnost říct si o injekci na bolest a několikrát mi tu možnost opakovaly, na pokoj mi přinesly jídlo, snídani*

i oběd, ptaly se mě, jestli jsem něco snědla a připomínaly mně i partnerovi, abych nezapomínala pít.“ Respondentka R5 péči popsala takto: „O fyzickou stránku bylo postaráno dobře, nijak jsem nestrádala. K pití donesly čaj, kontrolovaly krvácení, potom jsem dostala snídani, opravdu si nemůžu stěžovat.“

Čtyři respondentky (R2, R4, R6, R7) neměly pocit, že by porodní asistentky kladly větší důraz na uspokojování potřeb biologických než psycho-sociálních. Dvě respondentky (R5 a R6) uvedly, že na psycho-sociální potřeby nebyl kladen takový důraz, jako na potřeby biologické. A jedna respondentka R1 uvedla, že péče byla v jejím případě pouze o uspokojování biologických potřeb, nikoliv o potřeby psychosociální.

Podkategorie 2 Uspokojování psycho-sociálních potřeb

Tato podkategorie se zaměřuje na to, jak porodní asistentky pečovaly během hospitalizace o naplňování psycho-sociálních potřeb respondentek. Otázky byly soustředěny především na potřebu komunikace, informací, bezpečí, důvěry a naděje. Bylo zde rovněž zkoumáno, jak zajišťovaly porodní asistentky respondentkám soukromí a intimitu.

Jediná respondentka R1 udala informaci, že o psycho-sociální potřeby se u ní nikdo nezajímal. Potřeby bezpečí, naděje a důvěry zůstaly naprosto nenaplněny. Naději se pokusil podpořit jeden lékař, ale to bylo vše.

Čtyři respondentky (R2, R4, R6, R7) byly velmi spokojeny s uspokojováním psycho-sociálních potřeb v nemocnici a tyto respondentky uvedly, že se v nemocnici cítily v bezpečí a měly v porodní asistentky i lékaře důvěru. Tyto respondentky uvedly, že z psycho-sociálního hlediska nijak nestrádaly. Respondentka R2 vyzdvihuje, že se lékaři snažili podpořit naději v budoucí úspěšné těhotenství a zdůraznili jí, že potrat není její chyba. Respondentka R6 zdůraznila, že jí v péči o psycho-sociální potřeby hodně pomohla porodní asistentka u obvodní gynekoložky. Respondentka R7 byla celkově velmi spokojena s uspokojováním potřeb, až na jednu výjimku, kdy porodní asistentka nebrala na potřeby respondentky vůbec ohled. Respondentka R7 uvedla: *„V péči té asistentky jsem se ani nemohla cítit v bezpečí, protože na bolest mi nic nedala, řekla mi, že rodit ještě nebudu, i když já jsem cítila, že ano a nechala mě malého porodit do postele. Ale když si mě převzaly porodní asistentky z porodního sálu, tak už to bylo dobré.“* Respondentka dále uvádí, že jinak zdravotníkům důvěřovala na 100 %. Respondentka R7 také zdůraznila, že potřebu naděje po potratu vůbec neřešila a nemohl ji nikdo pro ni naplnit, jelikož naděje jí svítila až ve chvíli, kdy přišly dobré výsledky z genetického vyšetření.

Respondentka R3 uvedla, že o uspokojování psycho-sociálních potřeb se snažili spíše jednotlivci, konkrétně naději v ní podpořila jedna lékařka, která ji také ubezpečila, že potrat není její vina. K personálu cítila důvěru tak napůl, neměla potřebu se jim svěřovat, opět až na jednu porodní asistentku, která vzbudila pocit důvěry a zájmu o respondentku. Respondentka R3 o psycho-sociálních potřebách řekla: „*Bohužel bych neřekla, že tohle někdo nějak moc řeší v té nemocnici. Nejsou zlí, ale ani se příliš nesnaží v tomhle nějak pomoci.*“ Respondentka R5 měla také rozpačité pocity ohledně psycho-sociálních potřeb, cítila se v nemocnici sice v bezpečí, především díky podaným informacím, ale potřebu důvěry a naděje jí v nemocnici porodní asistentky nenaplnily a pomohla respondentce v tomto směru až její gynekoložka.

Co se týče potřeby komunikace, tak s jejím naplněním byla jedna respondentka R1 zcela nespokojena, dvě respondentky (R5 a R6) spíše nespokojeny, jedna respondentka R3 hodnotí komunikaci pozitivně, ale pouze u jednotlivců a tři respondentky (R2, R4, R7) byly s komunikací plně spokojeny a potřebu hodnotí jako naplněnou.

S naplněním potřeby informací byly respondentky vesměs spokojené, neboť šest respondentek (R2-R7) uvedlo, že informovanost hodnotí kladně a jako dostatečnou. Pouze jedna respondentka R1 hodnotí informovanost v nemocnici jako nedostatečnou.

Co se týče zajištění soukromí a intimity, hodnotí respondentky vesměs pozitivně. Tři respondentky (R2, R4, R7), tedy ty s potratem v druhém trimestru, byly uloženy na samostatný pokoj, kde mohly být i s partnerem a měly naprosté soukromí. Jedna respondentka R3 mohla být na pokoji také sama, ale bylo to jen díky tomu, že nebylo naplněné oddělení, ale byla za tuto možnost ráda. Tři respondentky (R1, R5, R6) neměly během hospitalizace vlastní pokoj, ale i tak hodnotí zajištění soukromí kladně a nedávají nedostatek soukromí za vinu porodním asistentkám. Respondentka R5 zmínila, že byla umístěna na pokoj s jinou paní, která byla po zamlklém potratu a mohla s ní sdílet své pocity. Respondentka R1 neměla na pokoji dostatek soukromí na truchlení a vadilo jí sdělování informací ohledně zdravotního stavu před druhou pacientkou. Péči o intimitu hodnotí všechny respondentky pozitivně, pouze jedna respondentka R6 uvedla, že měla jeden nepříjemný zážitek před provedením kyretáže a uvedla: „*Položili mě na to gynekologické lůžko a bylo tam hrozně rušno, pořád tam někdo chodil sem tam, bavili se a já jsem tam ležela, prostě nohy roztažený, přivázaný.*“ Respondentky R5 a R6 uvedly, že jim všeobecně není příjemné podstupovat gynekologické vyšetření a odhalovat před někým své intimní partie, ale to nedávají za vinu porodním asistentkám a péči o intimitu hodnotí kladně.

Podkategorie 3 Uspokojování duchovních potřeb

Tato kategorie popisuje poskytování a nabízení duchovních služeb po potratu, ať už se jednalo o služby kněze, psychologa, či jen nabídnutí času na rozloučenou. U potratů v druhém trimestru bylo zkoumáno nabízení rituálů jako koupel a obléknutí miminka, pořízení upomínkového předmětu a fotografií. Dále bylo zjišťováno, jestli byl respondentkám nabídnut pohřeb jejich potraceného dítěte, případně co si myslí o umožnění pohřbívání plodů i po raných potratech a ptaly jsme se, zda by tuto možnost využily, pokud by ji samy měly.

U respondentek, které prodělaly potrat v prvním trimestru (R1, R3, R5, R6) se uspokojování duchovních potřeb vůbec neřešilo a duchovní služby jim nebyly vůbec nabídnuty, stejně jako jim nebyly nabídnuty služby psychologa, či nějakých podpůrných skupin, nebo alespoň letáček s informacemi, na koho se v případě zájmu obrátit. Z těchto čtyř uvedly dvě respondentky (R3 a R6), že o duchovní služby stejně neměly zájem. Respondentka R1 by o duchovní služby zájem měla velký. Respondentka R1 také jako jediná narazila na nemocniční chodbě na informační leták se službami kněze, ale o jeho služby neměla zájem. Respondentky R1 a R5 by uvítaly možnost probrat svou situaci s psychologem. Respondentka R5 uvedla: *„Možná by to bylo dobré, kdyby tam měly člověka, který by se tímhle zabýval, že by se třeba stavila nějaká psycholožka třikrát za den a obešla tyhle ženy a trochu jim pomohla a hlavně by byla proškolená a věděla by, jak na to a měla by na to čas, to by bylo myslím super.“* Podobný nápad měla i respondentka R1: *„Asi by mi vyhovovalo, kdyby byl stálý tip na nějakého konkrétního člověka, když vám bude smutno nebo budete mít otázky, tak si ho zavoláte a on vám to vysvětlí, i kdyby byl ten člověk k dispozici jenom dvě hodiny denně, tak by to byl takový přístav, kam může ta žena zakotvit.“*

Dvě respondentky (R2 a R7) uvedly, že jim duchovní služby v plném rozsahu byly nabízeny automaticky. Respondentka R4 uvedla, že byla s uspokojováním duchovních potřeb rovněž spokojena, ale od začátku o duchovní služby projevovala zájem a neví tedy, zda by jí byly i automaticky nabídnuty. Respondentkám R2, R4 a R7 byl poskytnut čas na rozloučení, možnost pohřbu, u respondentek R1 a R2 dokonce i možnost duchovního rituálu přímo v nemocnici a možnost tvorby fotografií a tvorby upomínkového předmětu, tedy otisku nožičky dítěte. Respondentka R2 uvedla: *„Sestřičky se mě ptaly, jestli chci malého vidět, tak jsem se podívala, viděla jsem, že ten potrat byl opravdu nutný.“* Dále respondentka ještě vypověděla: *„My jsme měli hned i možnost fotky, otisku i ceremoniál nám nabízeli, ale potom porodu, když jsem malého viděla a viděla jsem, že to opravdu*

nebylo k životu, jsem si říkala, že nechci ceremoniál, že mi stačí ten otisk nožičky, ale pak jsem ustoupila i z toho, protože ta nožička měla asi třičtvrtě centimetru, takže jsem si řekla, že to nemá cenu.“ Respondentka R2 si tedy nechala udělat pouze fotografie a zmínila se, že jim porodní asistentky také nabízely, že je možné s pitvou plodu dva tři dny počkat, pokud by se chtěl přijít rozloučit někdo z rodiny. Respondentka R7 má s duchovními službami také velmi pozitivní zkušenost a popsala je následovně: „*Děťátko asistentky umyly, oblékly a chtěly mi ho ukázat, my jsme ho nejdřív vidět nechtěli, ale to bylo asi v tom šoku, potom jsem se rozhodla, že ano, že ho chci, takže tam byli při mně a daly mi ho. A zpětně jsem velmi ráda, protože to byla jedinečná příležitost, která se už nikdy opakovat nebude.*“ Respondentka R7 dále uvedla, že jim porodní asistentky vyrobily památeční fotografie, otisk nožičky a vybavily je informačními letáky a brožurami pro rodiče, kteří přijdou o dítě. Porodní asistentky také nabídly možnost pohřbení dítěte na nedalekém hřbitově, což rodiče odmítli, nechali si dítě raději zpopelnit. Respondentka uvedla, že jim všichni doporučovali ceremoniál nebo pohřeb na rozloučení se s dítětem, ale to s partnerem odmítli. Respondentka R7 také uvedla, že hned po sdělení diagnózy k ní byla zavolána psycholožka, která si s ní promluvila a velmi jí pomohla a tuto psycholožku mohla také zavolat kdykoliv během potratu. Respondentka R4 měla zájem o pohřbení svého potraceného dítěte a uvedla, že byla v dané nemocnici vůbec první, kdo o tuto možnost projevil zájem, nicméně reakce personálu byla pozitivní a všichni vyšli respondentce vstříc. Ohledně ostatních duchovních služeb respondentka R4 uvádí: „*Tak miminko jsem vidět nechtěla, bavila jsem se o tom s lékařkou a ta to asi předala i těm porodním asistentkám, co se o mě staraly, takže když bylo po všem, tak miminko hned odnesly a co se týče duchovních služeb, jako přítomnost kněze, tak o to jsme nestáli, my jsme chtěli hlavně pak si v klidu zařídit pohřeb, o to jsme si řekli a bylo nám naprosto vyhověno.*“

Všechny respondentky, u kterých nebyly uspokojovány duchovní potřeby (R1, R3, R5, R6) včetně těch, které o duchovní služby neměly zájem (R3, R6) se shodly na tom, že by duchovní služby měly být nabízeny a že by se porodní asistentky měly zajímat o to, zda tyto potřeby ženy mají.

Naprosto všechny respondentky (R1-R7) se shodly na tom, že je dobře, že je již v dnešní době umožněno pohřbívat ostatky plodu i po raných potratech, i když respondentka R6 nedokáže říct, zda by sama této možnosti využila, stejně jako respondentka R5, která na otázku, zda by možnosti využila, odpověděla: „*Na to vám asi nedokážu odpovědět. Nemám pocit, že bych se trápila tím, že to miminko jsme nepohřbili.*

Víte, ono bylo opravdu maličké a já když jsem přijela do nemocnice, tak už byl ten potrat v běhu, takže já opravdu nevím, co už bylo pryč a co ze mě ještě potom vyndali, ale asi si neumím představit, že bych to musela zrovna pohřbívat.“ Stejně je na tom i respondentka R3, která uvedla, že by nad tou možností asi neuvažovala, ale že věří, že to třeba někomu pomůže.

Kategorie 4 Péče porodní asistentky

Tato kategorie se zaměřuje na to, jak respondentky celkově hodnotí péči porodních asistentek. Je zde popsáno, zda je něco co respondentky vyzdvihují nebo naopak co jim nejvíce během péče chybělo, případně co mohly porodní asistentky udělat jinak. Bylo také zkoumáno, zda se často střídal personál, který o respondentky pečoval a zda se pečující personál představoval.

Podkategorie 1 Celkové zhodnocení péče

Tři respondentky (R2, R4, R7) hodnotí péči porodních asistentek i lékařů jako výbornou. Respondentka R2 vyzdvihuje perfektní péči během potratu, výbornou komunikaci. Respondentka R4 na adresu zdravotnického personálu uvádí: *„Myslím, že mi nechybělo nic, byli úžasní.“* Respondentka R4 si dále pochvaluje, že z porodních asistentek i lékařů cítila, že s ní soucítí, ale zároveň jsou profesionální, vědí, co dělají a mají zkušenosti. Také oceňuje, že mohla personálu důvěřovat, že vždy všechno vysvětlili, komunikovali citlivě a trpělivě. Respondentka R7 byla velmi ráda za možnost využití služeb psycholožky během potratu a za možnost přítomnosti partnera u potratu. Respondentky R2 a R4 uvádějí, že jim během péče nic nechybělo a nemají žádnou negativní zkušenost. Respondentka R7 popisuje jako negativní zkušenost s péčí jedné konkrétní porodní asistentky a také negativně hodnotí komentář jedné lékařky, která šla ultrazvukem zkontrolovat, zda zafungovala injekce, která byla aplikována na zástavu srdce plodu ještě před vyvoláním potratu. Respondentka popsala incident následovně: *„Lékařka přišla, otevřela dveře, představila se a řekla doslova, že ona jde zkontrolovat, jestli je všechno v pořádku a já chápu, že tenkrát pro ně v pořádku a podle plánu bylo to, aby na tom ultrazvuku to srdce nebylo, ale pro mě to bylo jako proboha, jak to může říct, vždyť to nikdy v pořádku nebude.“*

Dvě respondentky (R3 a R6) označily péči jako dobrou, měly už k ní ale nějaké výhrady. Respondentka R3 na adresu porodních asistentek zmínila: *„Mohly být víc možná empatické, víc se jako o mě zajímat, jak mi je a nějak trochu jako víc povzbudit.“* Jinak

Respondentka R3 nic přímo nevyzdvihuje. Respondentka R6 hodnotí péči kladně až na pár drobností, chybělo jí trochu více empatie, uvítala by trochu větší zájem o psychiku, zároveň ale oceňuje, že měla vše rychle za sebou a bez komplikací.

Respondentka R5 uvedla, že má pocit, že péče o fyzickou stránku byla dobrá, ale nebyla dobrá péče o stránku psychickou. Respondentce R5 nejvíce chyběla empatie, péče o psychiku a zájem o ní jako o jedince. Respondentka R5 popsala: „*Chyběl mi zájem o mě jako o ženu, která přišla, i kdyby ne o miminko, tak prostě o těhotenství, o štěstí.*“

Respondentka R1 jako jediná hodnotí péči celkově negativně, přičemž by mezi negativními momenty vyzdvihla, že během hospitalizace při prvním potratu byla na oddělení do vedlejšího pokoje umístěna žena po porodu společně s novorozencem, který na oddělení celou noc plakal. Tento zážitek respondentka popsala jako traumatizující. Celkově respondentce R1 chyběla především empatie, péče o psychiku, vhodná komunikace i informace. Čtyři respondentky (R1, R3, R5, R6) tedy uvedly, že jim nejvíce chyběla empatie, zájem o jejich osobu a pocitu a péče o psychiku.

Co se týče představování personálu tak tři respondentky (R1, R2, R3) uvedly, že se jim lékaři i porodní asistentky představovali. Respondentka R1 uvedla, že jí jména neutkvěla v paměti, ale přesto označuje představování pečujícího personálu za důležitý krok k tomu, aby se pacientka cítila lépe. Vztah mezi pacientkou a personálem jí potom připadá osobnější. Respondentky R2 a R7 také hodnotí představování personálu jako pozitivní záležitost. Čtyři respondentky (R3, R4, R5, R6) vypověděly, že během péče se jim představovali pouze lékaři a nikoliv porodní asistentky, ale všechny čtyři respondentky se shodly v tom, že jim představování porodních asistentek nepřišlo důležité. Pouze respondentka R3 zmínila, že jí to nevadilo, ale kontakt s porodní asistentkou by jí potom připadal osobnější. Respondentka R5 uvedla, že si myslí, že lékaři by se měli představovat, protože chce vědět, s kým jedná a kdo rozhoduje o její léčbě.

Pečující personál se u respondentek R2 a R7 přímo během potratu nestřídal, což hodnotí obě pozitivně. Respondentka R2 upřesnila, že se o ní staraly dvě porodní asistentky a jedna lékařka a vypověděla: „*Určitě mi přijde, že v té chvíli by to bylo naprosto nevhodné, aby se tam u mě střídala kopice personálu.*“ U ostatních pěti respondentek (R1, R3, R4, R5, R6) se personál střídal poměrně často, ale bylo to dáno směnným provozem oddělení a ani jedna z respondentek to nevnímala jako problém. Respondentka R1 uvedla: „*No bylo to normální střídání směn, ale to mi vůbec nevádí, když se ty lidi chovají slušně.*“ Dále také respondentka R1 zmínila, že by jí vyhovovalo, kdyby byl mezi personálem jeden člověk, na kterého by se mohla v případě potřeby

obrátit. Respondentka R6 doplnila, že jí střídání personálu nevadilo, ale kdyby o ni pečovalo méně personálu, bylo by to lepší, neboť by měla v personál větší důvěru a měla by pocit, že se někdo o ni více zajímá.

Kategorie 5 Partner

Tato kategorie uvádí, zda byl partner, jako otec nenarozeného plodu, brán jako součást procesu, jako někdo, koho se potrat také týká, s kým je záhodno komunikovat a sdělovat mu informace. Je zde zdokumentováno, zda byla umožněna přítomnost partnera během sdělování diagnózy, případně i v nemocnici během nebo po potratu. Dále je popsáno, zda partneři respondentky podporovali a jaký vliv měl potrat na jejich vztah.

Podkategorie 1 Prožívání potratu ze strany partnera

U šesti respondentek (R1, R3, R4, R5, R6, R7) partner nebyl přítomen u sdělení diagnózy, přičemž všechny respondentky se shodly na tom, že by přítomnost partnera a sdělování informací i partnerovi ocenily. Respondentka R3 uvedla: „*Tak možná by nebylo špatný, kdyby některý věci řekli třeba i jemu, protože člověk je tak trochu mimo a leccos si třeba pak nepamatuje.*“ Respondentka R5 zmínila: „*Když se ukázalo, že se jedná o ten potrat, tak bych byla ráda, kdyby vedle mě byl.*“ I respondentka R6 by ocenila partnera po svém boku, řekla: „*Myslím, že by to bylo lepší, kdyby tam mohl být, možná kdyby tam byl a držel mě za ruku, tak jsem víc v klidu a třeba by i lépe zpracoval ty informace.*“

Pro všechny respondentky (R1-R7) představoval partner velkou oporu a dokázal jim poskytnout potřebnou podporu. Všechny respondentky také uvedly, že pokud měl potrat nějaký vliv na jejich vztah s partnerem, tak jediné pozitivní a společné prožití potratu jim dodalo pocit, že spolu jako partneři všechno zvládnou. Respondentka R3 například uvedla: „*Manžel mi byl vždycky oporou a asi jsem si i díky těm potratům uvědomila, jak moc mu na mně záleží, jak se o mě bojí a že jsem pro něj opravdu důležitá.*“ Respondentka R1 na otázku ohledně vlivu na vztah odpověděla: „*Jedině pozitivní, protože jsme to spolu zvládli a dokázali jsme si prostě, že spolu zvládneme všechno.*“ Respondentka R4 o potratu řekla: „*Byla to velká zkouška a člověk při tom opravdu pozná, koho má vlastně vedle sebe.*“ Respondentka R5 uvedla, že prožití a překonání potratu jejich vztah s partnerem upevnilo.

Všechny respondentky se shodly na tom, že potrat prožívaly s partnerem společně. Respondentka R1 uvedla: „*Prožívali jsme to spolu, oba jsme přišli o ty děti.*“ Respondentka R4 uvádí: „*My jsme to prožívali spolu, staral se o mě, plakal se mnou.*“

Respondentka R5 poznamenala, že prožívala potrat také společně s partnerem, ale partner se s ním dokázal vyrovnat rychleji.

U jediné respondentky R2 byl partner přítomen u sdělení diagnózy, jelikož šel spolu s partnerkou a jejich synem na plánovanou těhotenskou prohlídku, během které byla objevena vývojová vada plodu. V této situaci komunikovali lékař i porodní asistentka rovnocenně s oběma partnery. Respondentka R2 byla za přítomnost partnera u sdělení diagnózy ráda.

Partnerům třech respondentek (R2, R4 a R7) byla umožněna přítomnost během potratu v nemocnici. U všech třech respondentek se jednalo o potrat v druhém trimestru těhotenství. Respondentka R2 s partnerem této možnosti nevyužili, jelikož partner musel hlídat doma druhé dítě, zároveň partner být přítomen potratu ani nechtěl. Na otázku, zda nepřítomnost partnera respondentce vadila, odpověděla: *„Ani ne, brala jsem to holt jak to je a věděla jsem, že o mě bude dobře postaráno a i když u toho partner nebyl přímo, tak mě podpořil hodně, stál při mně a bylo to těžké pro oba, ale zvládli jsme to a i potom potratu mě partner vlastně stavěl na nohy.“* Respondentka R4 uvedla, že partner pro ni sehrál během potratu zásadní roli, mohl být přítomen všem rozhovorům a vyšetřením. Na otázku, jak s partnerem komunikovaly porodní asistentky, odpověděla respondentka R4: *„Podobně jako se mnou, vysvětlovaly všechno nám oběma, dávaly mi normálně instrukce, poradily mi, jak o mě pečovat, jak mi může pomoci.“* Respondentka R7 rovněž využila možnosti přítomnosti partnera během potratu, komunikaci porodních asistentek s partnerem hodnotí pozitivně a uvádí, že díky přítomnosti partnera se z potratu stala intimní záležitost, díky které jsou si s partnerem bližší a vědí, že se na sebe mohou spolehnout.

U třech respondentek (R1, R5, R6) neproběhla návštěva partnera v nemocnici. U respondentek R5 a R6, protože se návštěvy ani nestihly, u respondentky R1, proto, že nebyly návštěvy na gynekologii umožněny, pouze na chodbě mimo pokoj. Respondentka R3 ocenila, že za ní partner mohl kdykoliv na návštěvu i mimo návštěvní hodiny: *„Byla jsem ráda, že za mnou může kdykoliv na návštěvu a to pro mě bylo důležité.“*

Kategorie 6 Truchlení

Tato kategorie popisuje, jak respondentky zvládaly situaci po potratu a také jak a kdy a jestli vůbec potrat dokázaly překonat. Bylo zjišťováno, zda jim v překonání potratu nějak pomohla rodina a ostatní blízcí a zda v procesu truchlení hrála nějakou roli porodní asistentka.

Podkategorie 1 Proces truchlení po potratu

Všechny respondentky se shodly na tom, že potrat měl velký vliv na jejich psychiku a prožívání období po potratu pro ně bylo náročné. Všechny respondentky rovněž svorně odpověděly, že zásadní pro ně byl a je v překonávání potratu jejich partner, který jim poskytuje velkou podporu. Jediná respondentka R3 uvedla, že jí v překonání potratu pomohla i porodní asistentka, a to porodní asistentka u obvodního gynekologa, přičemž tato asistentka si sama potratem prošla a dokázala tak respondentku náležitě podpořit. Tři respondentky (R2, R4, R7) prodělaly potrat v druhém trimestru a o potratu věděla již jejich rodina i okolí a o to pro ně bylo prožívání potratu těžší.

Respondentka R1 uvedla, že v sobě žal po potratu uzavřela a že jí uškodilo, že se z potratu nevyplakala a pořádně si jej neprožila. Překonat potrat pomohla respondentce R1 až po třech letech kamarádka, pracující jako dula, která respondentce poradila uspořádat obřad na rozloučenou nebo si nenarozené dítě zkusit představit, namalovat a rozloučit se s ním.

Respondentka R2 uvádí, že jí v překonání potratu hodně pomáhalo o celé situaci mluvit, a to převážně s kamarádkou a sestřenicí, které dělají porodní asistentky. Velmi těžké pro respondentku R2 bylo, že široké okolí vědělo o jejím těhotenství a po potratu musela snášet zvědavé pohledy a dotazy od velkého množství lidí. Respondentka uvedla: *„Byla jsem po tom potratu hodně zablokovaná, hodně jsem chtěla dítě, ale měla jsem strach, že se to bude opakovat, i když mi bylo řečeno, že by se to opakovat nemělo.“* Kvůli psychickým problémům podstoupila respondentka dokonce kinezioterapii, kde podle jejích slov došlo k odblokování a následně se jí povedlo otěhotnět. Největší pomoc při překonání potratu potom pro respondentku R2 bylo narození dalšího zdravého dítěte.

Respondentce R5 hodně pomohlo komunikovat svou situaci se sestřenicí, která si prošla podobnou situací. Dále respondentce R5 pomohlo, že se mohla soustředit na přípravu své svatby a nejvíce jí potom pomohlo další těhotenství a narození zdravého dítěte. Respondentka R5 uvedla: *„Další těhotenství a potom narození zdravého dítěte, to jsou ty nejlepší léky podle mě.“* Obdobná situace je i u respondentek R2 a R6, kterým také nejvíce pomohlo další těhotenství, které přišlo poměrně brzy po potratu. Tři respondentky (R3, R4 a R7) nemají pocit, že by se s potratem dosud vyrovnaly. Respondentka R3 uvedla, že se situace trochu zlepšila, když minul termín porodu. Respondentka zmínila, že to pro ni bylo o to těžší, že už za sebou téměř měla první trimestr, řekla: *„Pro mě to bylo tak, že už jsem byla skoro za tím třetím zlomovým měsícem a prostě jsem věřila, že to bude dobrý a už jsem měla i trochu břicho.“*

Pro respondentku R4 byly nejhorší první dva týdny po potratu, ale nyní po šesti týdnech stále cítí smutek a nechápe, co a proč se stalo. Velmi těžké je pro respondentku R4 to, že o těhotenství věděly její dvě děti a bylo pro ni velmi těžké dětem sdělit, že o miminko přišla, říká: „*S těmi dětmi to bylo opravdu hrozné pro mě jim to říct a syn byl z toho potom hodně špatný.*“ Podporu rodiny okomentovala následovně: „*Nikdo asi moc neví, co v takové chvíli říct, takže podpora byla spíš mlčky, ale vidím na některých, že je jim to opravdu líto, nebo že by mi chtěli nějak pomoci.*“

Respondentka R7 se s potratem dosud nedokázala vyrovnat. Po potratu nedokázala respondentka R7 pochopit co a proč se stalo, po potratu navíc vůbec neplakala a všechn žal uzavřela do sebe a vrhla se do příprav své svatby. Respondentka R7 se po pár měsících zhroutila v práci a gynekolog jí potom doporučil vyhledat odbornou pomoc v podobě psycholožky, kterou od té doby navštěvuje a uvádí, že se situace snad pomalu začíná zlepšovat. Respondentka uvedla: „*Byl už nejvyšší čas vyhledat tu psycholožku, protože jsem se dostala do stadia, kdy jsem vadila sama sobě, připadala jsem si jako někdo jiný a nechápala jsem, co se se mnou děje.*“ Respondentka byla dokonce psychicky v tak špatném stavu, že si z celého roku, který uběhl od potratu, mnoho věcí nepamatuje. Respondentka také uvedla, že se hned po potratu začali s partnerem snažit o další těhotenství, ale zatím neúspěšně, což jí na psychice moc nepřidává.

5 Diskuze

Tato bakalářská práce se zabývá péčí porodní asistentky o ženu s diagnózou potrat. Potratem se v České republice rozumí taková situace, kdy plod po vynětí nebo vypuzení z těla matčina neprojevuje ani jednu ze známek života, zároveň je jeho hmotnost menší než 500 g a v situaci kdy hmotnost nelze zjistit, pak jestliže je těhotenství kratší než 22 týdnů (ÚZIS ČR, 2016). Potrat zažije velké množství žen, neboť potratem končí 10-15 % všech diagnostikovaných těhotenství (Hájek, 2014), což podle Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (2016) bylo mezi lety 2014 a 2015 přesně 34 485 potratů. Za situace, že jde o potrat spontánní nebo potrat indukovaný ze zdravotní indikace, jedná se o potrat ze strany těhotné ženy neplánovaný a nechtěný a jak uvádí i Pařízek (2015), takový potrat ženu ovlivní nejen po stránce fyzické, ale i psychické.

V této bakalářské práci s názvem „Žena a potrat“ byly stanoveny dva cíle, a to zjistit, jak porodní asistentky pomáhají v naplňování potřeb u žen, které prodělaly potrat a také zjistit, jak byly ženy s péčí porodních asistentek spokojeny. Tato práce je zaměřena především na potraty spontánní, mimoděložní těhotenství a na umělá ukončení těhotenství ze zdravotní indikace matky nebo plodu, tedy na takové situace, kdy žena přijde o nenarozené dítě nikoliv z vlastní vůle. Do této práce naopak nebyla z kapacitních důvodů zahrnuta umělá ukončení těhotenství, pro která se ženy rozhodly z osobních, ekonomických, sociálních či jiných důvodů. Téma a cíle byly zvoleny na základě toho, že právě porodní asistentky jsou těmi, kdo společně s lékaři o ženy s potratem pečují a jsou s nimi v kontaktu v akutní fázi prožívání ztráty (Borůvková et al., 2015). Myslím si tedy, že porodní asistentky mají jedinečnou příležitost hned od začátku ženám v této těžké chvíli pomoci, a to právě vhodnou péčí, komunikací a empatickým přístupem.

Výzkumné šetření proběhlo kvalitativním způsobem, kdy byly provedeny polostrukturované rozhovory se sedmi respondentkami, které prodělaly potrat. Je nutno podotknout, že tato práce se zabývá velmi citlivým tématem a pro mnohé ženy je obtížné o tématu potratu a o prožité zkušenosti hovořit, tudíž nebylo získávání respondentek pro výzkumné šetření jednoduché. Na písemný inzerát nejprve reagoval poměrně vysoký počet žen, které byly ochotny rozhovor poskytnout, stejně tak rozhovor přislíbila většina přímo oslovených žen, svůj záměr si však nakonec rozmyslely a rozhovor neposkytly.

V první výzkumné otázce nás zajímalo, jakým způsobem uspokojují porodní asistentky bio-psycho-socio-spirituální potřeby žen. Potřeby člověka se obecně dělí do

dvou skupin, a to na potřeby biologické neboli fyziologické mezi něž patří např. dýchání, příjem potravy, tekutin, vylučování a spánek (Bóriková, 2008), a dále na potřeby psychické, sociální a duchovní mezi něž se řadí např. potřeba jistoty, bezpečí, lásky, emocionálního kontaktu, komunikace, informací, sociálního kontaktu nebo např. respektování víry (Trachtová, 2008). Moderní ošetrovatelská péče je založena na holistickém pojetí osobnosti, což znamená, že o člověka nelze kvalitně pečovat jinak, než jako o unikátní souhrn fyzických a psychických vlastností, jež spolu souvisejí, podmiňují se a tvoří určitou jednotu (Kopáčiková et al., 2012). Na uspokojování potřeb jsme se ve výzkumu zaměřily z toho důvodu, že si zdravotnický personál často neuvědomuje, že ztráta dítěte v časně fázi těhotenství může být pro rodiče stejně devastující jako ve 40. týdnu těhotenství, tudíž se soustředí primárně na fyziologické potřeby žen (Evans, 2012).

Z výzkumu vyplynulo, že všechny respondentky hodnotí uspokojování primárních biologických potřeb velmi kladně. Porodní asistentky u respondentek uspokojivě pečovaly o potřebu výživy, příjmu tekutin, spánku, být bez bolesti a sledovaly fyziologické funkce. Čtyři respondentky (R2, R4, R6, R7) neměly pocit, že by byl ze stran porodních asistentek kladen větší důraz na uspokojování potřeb biologických než psycho-sociálních, na druhou stranu dvě respondentky (R5, R6) rozdíl v uspokojování biologických a psycho-sociálních potřeb pocítily a uvedly, že psycho-sociální potřeby byly trochu opomíjeny. Jedna respondentka R1 dokonce uvádí, že o její psycho-sociální potřeby nebylo pečováno vůbec. Je přirozené, že na prvním místě se člověk sám, stejně jako zdravotník, snaží uspokojit potřeby biologické, které jsou potřebami primárními a souvisejí se zachováním života a fyzického zdraví (Trachtová, 2008). Pravdou ale je, že se na potřeby sekundární, tedy psychické, sociální a duchovní nesmí zapomínat, neboť jsou neméně důležité a mají výsadní postavení v lidské psychologii (Bóriková, 2008).

Tři ze čtyř respondentek (R2, R4, R7), které byly s naplňováním psycho-sociálních potřeb spokojeny, si prošly potratem ve druhém trimestru a jedna (R6) v trimestru prvním. Naopak, respondentky, které nebyly plně spokojeny s uspokojováním psycho-sociálních potřeb (R1, R3, R5), všechny prodělaly potrat v prvním trimestru, což poukazuje na to, že si zdravotníci, respektive porodní asistentky skutečně stále často neuvědomují, jak velký vliv raný potrat v prvním trimestru na psychiku ženy má a že její psycho-sociální potřeby mohou být narušeny. Evans (2012) uvádí, že potrat je často společností vnímán jako něco běžného a nikoliv jako ztráta dítěte, tudíž dochází k tomu, že emocionální dopady a psychika ženy jsou přehlíženy a zdravotníci se soustředí pouze na fyzické zotavení. Z výzkumného šetření dále vyplývá, že respondentky se obvykle cítí

v péči zdravotníků v bezpečí a důvěřují jim, ale často bývá opomíjena potřeba naděje. Jedna respondentka R3 uvedla, že o uspokojování psycho-sociálních potřeb se snažili jen jednotlivci. Porodní asistentka musí mít na paměti, že žena s potratem si prochází krizovou situací a musí u ní být kladen o to větší důraz na uspokojování psycho-sociálních potřeb (Borůvková et al., 2015).

Ve výzkumu jsme se soustředily na uspokojování potřeby soukromí, intimity, duchovních potřeb a dále potřeby komunikace a informací. Narušení potřeby soukromí a intimity může mít na psychiku nemalý vliv, proto byla respondentkám položena otázka, jak zajištění soukromí a intimity během hospitalizace hodnotí. Ratislavová (2016) ve své publikaci uvádí, že ženy, respektive ženy a jejich partneři velmi ocení soukromí v takové situaci, jakou ztráta dítěte je a Špaňhelová (2015) dokonce přímo specifikuje, že pro ženu je zajištění soukromí a intimity na porodním sále, případně na oddělení, jakousi první pomocí, kterou lze ženě vůbec poskytnout. Z výzkumu vyplynulo, že všechny respondentky byly s péčí o jejich soukromí a intimitu v podstatě spokojeny. Tři respondentky (R2, R4, R7), tedy ty s potratem v druhém trimestru, byly automaticky uloženy na samostatný pokoj. Jedna další respondentka R3 mohla být na pokoji rovněž sama, ale jen díky skutečnosti, že to v danou chvíli umožňovala kapacita oddělení. Ostatní respondentky (R1, R5, R6) byly uloženy na pokoj společně s dalšími pacientkami. Respondentky nedávaly nedostatek soukromí za vinu porodním asistentkám a chápaly, že oddělení nemá takový počet lůžek, aby každý mohl být sám na pokoji. Lze pochopit, že ne vždy je z kapacitních důvodů možné zajistit pro ženy s diagnózou potratu samostatný pokoj, ale je-li to jen trochu možné, mělo by tak být učiněno, neboť ženy v takto těžké chvíli soukromí velmi ocení a získávají tak větší prostor na prožívání smutku a uvolnění svých emocí. Navíc, je-li pacientka na pokoji sama, může u ní potom být partner nebo jiná blízká osoba, která ženu podpoří. Respondentka R1 např. uvedla, že když byla na pokoji s další pacientkou, styděla se plakat a potlačila tak své emoce a důležitou fázi truchlení. Všechny respondentky, které prožívaly potrat v druhém trimestru (R2, R4, R7), měly zajištěný vlastní pokoj, neboť jejich potraty probíhaly v podstatě jako klasický porod, tudíž by bylo myslím velmi nevhodné, aby byly na pokoji s nějakou další pacientkou. S intimitou neměly respondentky problém, některé uvedly, že jim všeobecně není příjemné jakékoliv gynekologické vyšetření a odhalování intimních partií, ale chápou, že v gynekologii a porodnictví je situace specifická a občasné odhalování bohužel vyžaduje. Jedna respondentka (R6) uvedla jako nepříjemný zážitek, když ležela odhalená na operačním sále před výkonem kyretáže: „*Položili mě na to*

gynekologické lůžko a bylo tam hrozně rušno, pořád tam někdo chodil sem tam, bavili se a já jsem tam ležela, prostě nohy roztažený, přivázaný.“ Myslím si, že by porodní asistentky měly dbát na to, aby k takovým situacím nedocházelo, a opravdu pečovat o intimitu ženy, co nejdéle to před výkonem jde.

Během rozhovoru byly ženy zvláště dotazovány na uspokojování potřeb duchovních. Duchovní potřeby byly v rozhovoru vypíchnuty, protože nás obzvláště zajímalo, zda tyto potřeby u respondentek někdo zaznamenal a zabýval se jimi. Respondentky byly dotazovány, zda jim byly nabídnuty služby kněze nebo psychologa, či jim byl prostě jen nabídnut čas na rozloučenou. U žen s potratem v druhém trimestru jsme dále zjišťovaly, zda jim bylo umožněno se na dítě podívat, pochovat si jej, zda pro ně byl vytvořen nějaký upomínkový předmět, případně fotografie a zda jim byl nabídnut například rituál rozloučení se s nenarozeným dítětem. Všechny čtyři respondentky, které prodělaly potrat v prvním trimestru (R1, R3, R5, R6), uvedly, že se u nich uspokojování duchovních potřeb vůbec neřešilo a jakékoliv duchovní služby jim nebyly vůbec nabídnuty. Těmto respondentkám nikdo nenabídl služby psychologa či kněze, nikdo jim ani neposkytl kontakt na jakoukoliv psychologickou pomoc nebo alespoň letáček s informacemi pro rodiče, kteří přišli o ještě nenarozené dítě. Respondentky R3 a R6 uvedly, že by o tyto služby stejně neměly zájem, zatímco respondentky R1 a R5 by obě uvítaly možnost probrat svou situaci s psychologem. R1 vyjádřila, že jí skutečně chyběla nějaká rada ohledně toho, jak pracovat se svými pocity a jakým způsobem truchlit, na koho se obrátit, s kým svou situaci probrat. Tato respondentka jako jedinou nabídku duchovních služeb našla letáček nabízející služby kněze na nemocniční chodbě. Zároveň se všechny tyto respondentky shodly na tom, že by ženám měly být duchovní služby nabízeny. Domníváme se, že některé porodní asistentky ani nenapadne se o duchovní potřeby u žen s raným potratem zajímat. Přitom potrat může být dokonce některými ženami považován za nejbolestivější formu ztráty, neboť se často jedná o ztrátu nečekanou, téměř vždy nevysvětlitelnou a navíc často nezapomenutelnou (Evans, 2012). Máme za to, že minimem a standardem by mělo být i u žen po raném potratu poskytnutí kontaktu na psychologa a informačního letáčku, na kterém by byly uvedeny rady a doporučení pro truchlící rodiče a kde by se ženy mohly dočíst, na koho se v případě potřeby mohou obrátit. Vybavení rodičů podobným informačním letáčkem doporučuje i Borůvková et al. (2015), která dále zmiňuje, že i když rodiče v danou chvíli nemají o informace a duchovní služby zájem, doma sami potom mohou pocítit potřebu nějakou pomoc vyhledat. V ideálním případě by byla výborná přítomnost psychologa na oddělení, který by byl

proškolen v dané problematice a věděl by přímo, jak s ženami komunikovat a jak jim pomoci nebo by alespoň stačilo, kdyby byla možnost psychologa dle potřeby na oddělení zavolat. White a Bouvier (2005) rovněž uvádějí, že partneři by po prodělaném potratu měli být předáni k odborníkovi, který jim pomůže s procesem truchlení. Důležité je, aby porodní asistentky nezapomínaly psychologickou pomoc ženám opakovaně nabízet. Určitým řešením by také bylo, kdyby alespoň některé porodní asistentky absolvovaly kurzy ohledně toho, jak s ženami, které přijdou o dítě během těhotenství, komunikovat a jak jim poskytnout potřebnou pomoc. Evans (2012) uvádí, že porodní asistentky, které absolvují kurzy ohledně péče o truchlící rodiče po perinatální ztrátě, jsou v péči o tyto ženy a jejich rodiny sebevědomější a cítí se ve své roli lépe, jelikož umí poskytnout těmto rodinám adekvátní péči.

Jiný výsledek ohledně duchovních potřeb z výzkumu vyplynul u respondentek R2, R4 a R7. Tyto respondentky mají s péčí o duchovní potřeby zkušenosti pozitivní. Všechny tři respondentky prodělaly potrat v druhém trimestru. Respondentkám R2 a R7 byly duchovní služby v plném rozsahu nabízeny automaticky. Zde je nutné podotknout, že obě respondentky prodělaly potrat v zahraničí, a to respondentka R2 v Lucembursku a respondentka R7 v Rakousku. Takovéto zkušenosti respondentek ukazují na vyspělost tamního zdravotnictví minimálně v péči o ženu s potratem v druhém trimestru a zmíněné země nám mohou být velkou inspirací. Těmto dvěma respondentkám byl poskytnut čas na rozloučenou, možnost pohřbu a přímo v nemocnici i možnost duchovního rituálu. Obě respondentky využily možnosti pořídit památeční fotografie. Respondentka R7 využila i možnosti tvorby upomínkového předmětu, a to otisku nožičky a miminka si pochovala. Respondentka R2 odmítla tvorbu otisku nožičky, jelikož velikost nožičky byla kvůli malformacím velmi malá. Respondentka R2 uvedla: „*My jsme měli hned i možnost fotky, otisku i ceremoniál nám nabízeli, ale potom porodu, když jsem malého viděla a viděla jsem, že to opravdu nebylo k životu, jsem si říkala, že nechci ceremoniál, že mi stačí ten otisk nožičky, ale pak jsem ustoupila i z toho, protože ta nožička měla asi třičtvrtě centimetru, takže jsem si řekla, že to nemá cenu.*“ Tato respondentka zdůraznila potřebu vidět na vlastní oči, že malformace miminka byly tak rozsáhlé, že byl potrat skutečně nezbytným řešením situace. V situaci, kdy má dítě nějaké vrozené vývojové vady, je dobré na to rodiče připravit, případně esteticky nevhledná místa před rodiči zakrýt a uvědomit si, že někteří rodiče mohou pohled na postižené dítě vyžadovat, protože jim lépe pomůže pochopit, proč dítě nemohlo dále žít (Borůvková et al., 2015). Zajímavé bylo, když respondentka R2 uvedla, že jí bylo výslovně nabídnuto, že pitva dítěte může

být klidně až o tři dny odložena, aby se za ním mohly přijet podívat a rozloučit ostatní příbuzní. Tuto možnost považujeme za velmi pokrokovou, i přesto, že ji respondentka nakonec nevyužila. Celkově se nejspíše nebude jednat o příliš využívanou službu, nicméně už jen ta možnost a nabídka je velkým krokem kupředu. Borůvková et al. (2015) uvádí, že nabídka návštěvy ostatních příbuzných jako dětí či prarodičů, může být velmi prospěšná jak pro rodiče, tak právě pro příbuzné, kteří mohou být ztrátou miminka také silně zasaženi. Respondentka R7 zminila, že po sdělení diagnózy, že její dítě má vrozenou vývojovou vadu neslučitelnou se životem, k ní byla okamžitě přizvána psycholožka, kterou si následně během potratu mohli s partnerem opětovně vyžádat. Takovouto spolupráci s psycholožkou hodnotíme kladně a je pouze škoda, že přístup tohoto typu není běžnou praxí.

U respondentky R3 došlo k situaci, kdy se respondentka hned u příjmu do nemocnice sama aktivně zajímala o možnost pohřbení ostatků plodu. Zdravotnický personál reagoval na tuto žádost pozitivně a vyšel respondentce ve všem vstříc. O ostatní duchovní služby neměla respondentka zájem, ale ani jí nebyly opakovaně nabízeny, což je dle našeho názoru škoda, neboť pokud by respondentku někdo vedl a podpořil v tom, aby využila všech svých možností, mohl pro ni být proces truchlení ještě o něco ulehčen. Respondentka byla v daném zdravotnickém zařízení každopádně vůbec první pacientkou, která zažádala o pohřbení plodu po potratu. Případ této respondentky ve výzkumu ukázal, že zákonné změny týkající se pohřebnictví mají své opodstatnění a mají pro určitou skupinu lidí smysl. Pro doplnění byly respondentky dotázány, co si myslí o možnosti pohřbů plodů po potratech a zda by takové možnosti využily, kdyby ji samy měly. Všechny respondentky hodnotily existenci této možnosti pozitivně. Dvě respondentky R5 a R6 uvedly, že nedokážou v současné chvíli posoudit, zda by této možnosti využily. Hodnotíme možnost, kterou rodiče novelizací zákona o pohřebnictví získaly, pozitivně. Mít příležitost zažádat si o ostatky plodu a možnost je oficiálně pohřbít je v českém zdravotnictví ohromný krok kupředu.

V další výzkumné otázce nás zajímalo, jak porodní asistentky pomáhají ženám s potratem zvládnout jejich situaci. Přístup porodních asistentek může přímo ovlivnit to, jak se žena zvládne se ztrátou dítěte vyrovnat (Evans, 2012). Základním bodem při péči o ženu s potratem je ze stran porodních asistentek empatie, klid, vhodná komunikace a podávání adekvátních informací (Špaňhelová, 2015). S uvedenými citacemi se ztotožňují i výsledky výzkumu, z nichž vyplynulo, že respondentkám porodní asistentky nejvíce pomáhaly, samozřejmě kromě kvalitní péče o fyzickou stránku, právě vhodnou

a empatickou komunikací, podáváním dostatečných a adekvátních informací a celkovým zájmem o respondentky, soucítěním s nimi a snahou respondentky podpořit a pomoci jim.

Potřeba komunikace patří také mezi psycho-sociální potřeby a u žen s potratem je natolik důležitá, že jsme jí ve výzkumu věnovaly celou jednu kategorii. Celkově totiž platí, že klidná a empatická komunikace je základním bodem při péči o ženu (Špaňhelová, 2015). ChiEungDanforn a Nga ChongLisa (2011) uvádějí, že komunikace s truchlícími partnery by měla být profesionální, měla by být ze strany zdravotníků aktivně vedená, zdravotníci by se neměli tématu potratu vyhýbat a měly by rodičům poskytnout účastná a podpůrná slova, která jim mohou pomoci zármutek překonat. Ve výzkumu bylo zjišťováno, jak probíhala komunikace mezi respondentkami a porodními asistentkami a lékaři během celé fáze potratu, tedy od sdělení diagnózy, přes hospitalizaci, i následně na kontrole po potratu. Hodnocena byla tedy komunikace jak v primární péči, tak v nemocnici. Hodnocení komunikace ze stran respondentek jsou velmi různorodá. Respondentky (R2, R3, R5, R6, R7) byly spokojené s komunikací v primární péči a hodnotí ji pozitivně, na rozdíl od respondentek R1 a R4, které s komunikací s lékařem v primární péči spokojené nebyly a rozhodly se následně změnit gynekologa. S komunikací v nemocnici nebyly spokojeny respondentky R1, R5 a R6, které ohodnotily komunikaci v nemocnici jako nedostatečnou, bez empatie, zaměřenou pouze na organizační a informační záležitosti. Tři respondentky R2, R4 a R7 byly s komunikací v nemocnici naopak velmi spokojeny. Jedna respondentka hodnotí komunikaci neutrálně, jako vyloženě empatické hodnotí spíše jednotlivé lékaře a porodní asistentky. Výzkum každopádně ukázal, že všechny respondentky během komunikace všeobecně oceňují stejné aspekty, kterými jsou empatická a klidná komunikace, tedy taková komunikace, která probíhá trpělivě, citlivě, z které respondentky vycítily, že je lékaři, případně porodní asistentce líto, v jaké situaci se žena ocitla. Respondentka R2 například řekla: „*Můj lékař byl špičkový, empatický, měl čas na klienty, nevadilo mu, že u něj člověk seděl hodinu, byl velmi přátelský, otevřený, trpělivý a milý, bylo vidět, že je mu strašně líto mi to oznamovat.*“ Podobně vypověděla i R3: „*Můj doktor byl opravdu empatický, všechno mi v klidu řekl, že jsem ani nebrečela.*“ Naopak respondentky, které spokojené nebyly, upřesnily, že jim vadilo především, když komunikace s nimi byla odbytá, necitlivá, taková jakoby se vlastně nic nedělo. Respondentkám vadilo, když z komunikace vycítily, že se vůbec nedbá na jejich pocity. Respondentka R5 například na adresu lékařky uvedla: „*Byla podle mě dost nepříjemná a čekala jsem teda trochu více péče vzhledem k mojí situaci.*“ Respondentka R4 zase specifikovala: „*Doktor byl se mnou poměrně rychle*

hotový, nic zvláštního empatického mi neřekl.“ Respondentky velmi ocenily, když jim porodní asistentky vyjádřily podporu, například respondentka R3 o porodní asistentce uvedla: „*Říkala, ať jsem statečná a že ví, jaký to je, že si tím taky prošla a říkala, že ví, že děti mít můžu, když mám doma zdravého kluka a že se to příště určitě podaří*“. Takové vyjádření některým respondentkám vyloženě chybělo. Respondentka R1 na otázku, jak měla porodní asistentka komunikovat, odpověděla: „*Ocenila bych, kdyby mi prostě aspoň řekla, ať se držím, nebo že jí to mrzí třeba, nebo kdyby se zeptala, jestli něco nepotřebuju, třeba napít, protože já jsem byla opravdu v šoku*“. Celkově respondentkám chyběla v komunikaci podpora a útěcha. Respondentka R1 řekla, že jí za celou dobu hospitalizace nikdo neřekl například: „*mně je líto co se vám stalo*“. Zajímavým zjištěním bylo, že ženy vcelku pozitivně hodnotí komunikaci s porodními asistentkami v primární péči po potratu. Předpokládáme, že je to dáno tím, že v primární péči je více umožněn osobní přístup k pacientkám. Naopak horší komunikace v nemocnici může být způsobena tím, že potrat bývá v nemocnici poměrně rychle vyřešenou záležitostí a pečující personál tak má málo času a možností si s pacientkami vybudovat kvalitní terapeutický vztah (Evans, 2012). Obecně se lze domnívat, že velmi často samotné porodní asistentky nevědí, jak s ženami, které si potratem procházejí komunikovat, a tak raději předstírají, že se nic neděje a že potrat je běžná záležitost a komunikaci omezí na minimum nebo jí nepřizpůsobí nastalé situaci. Toto tvrzení potvrzují i výpovědi respondentek R5 a R6, které uvedly, že s nimi nikdo nemluvil o tom, že přišly o miminko a nikdo to tak podle nich ani nevnímal. Nutno podotknout, že správná komunikace není jednoduchá, ale její zvládnutí je nezbytné a porodní asistentky, které chtějí svou profesi vykonávat správně a profesionálně, by měly empatii a vhodnou komunikaci ovládat.

Jak bylo již zmíněno, respondentkám pomáhalo, pokud jim byly poskytnuty dostatečné informace o tom, co je čeká, jaké mají možnosti a celkově o tom co se bude dít. Stejně jako komunikace i informovanost je podstatnou psycho-sociální potřebou, na jejíž uspokojování musí být u žen s potratem kladen důraz. Špaňhelová (2015) považuje podávání adekvátních informací za jeden ze základních bodů při péči o ženu s potratem. ChiEungDanforn a Nga ChongLisa (2011) uvádějí, že žena by spolu se svým partnerem při propuštění ze zdravotnického zařízení měla být vybavena dostatečným množstvím informací ohledně následujících kroků a plánů a měla by být vybavena kontakty, na které se může v případě potřeby obrátit. Důležité je rovněž podávat adekvátní množství informací, neboť jsou-li rodiče informacemi zahlceni, je pro ně těžké je zpracovat (Evans, 2012). Evans (2012) dále uvádí, že je-li to možné, měly by být informace poskytnuty

i písemně. Ve výzkumu bylo opět sledováno, jak hodnotí respondentky informovanost v primární péči i v nemocnici v průběhu celého potratu. Z výzkumu vyplynulo, že informace podává v případě potratu ženám především lékař a porodní asistentka informace doplní o další organizační prvky, případně informace od lékaře zopakuje. S informovaností v primární péči i s informovaností v nemocnici byly respondentky spokojenější než s kvalitou komunikace. Informovanost během hospitalizace hodnotí dokonce šest (R2, R3, R4, R5, R6, R7) ze sedmi respondentek pozitivně. Tyto respondentky (R2, R3, R4, R5, R6, R7) uvedly, že jim bylo sděleno dostatek informací ohledně jejich zdravotního stavu, šestinedělí i dalších možností. Respondentky R2, R4 a R5 ocenily trpělivé a uspokojivé zodpovídání otázek. Některé respondentky (R2, R4, R6 a R7) přímo uvedly, že jim podrobné informace pomohly. Respondentka R6 například uvedla: *„Celkově hodnotím informovanost pozitivně, když jsem se zeptala, tak odpověděli, ale já se ani moc neptala, přijímala jsem informace, co mi řekli a ty mi v tu chvíli stačily.“* Pokud respondentkám něco z informovanosti chybělo, byly to spíše konkrétní příklady, jako u respondentky R7, která postrádala informace ohledně toho, jak se má během potratu chovat a jak si ulevit od bolesti. Respondentka R1 zase uvedla, že když měla zájem o nějaké informace ohledně šestinedělí a dalšího postupu, byla odkázána na svého obvodního gynekologa. Z výzkumu vyplynulo, že lékaři i porodní asistentky dokážou ženy s potratem většinou uspokojivě informovat. Dostatečná informovanost poskytuje ženám pocit bezpečí a jistoty a dodává jim pocit, že pečující personál je profesionální a ví, jak se o ně co nejlépe postarat.

Třetí výzkumná otázka se zabývala tím, jak ženy hodnotí péči porodních asistentek. Tři respondentky (R2, R4 a R7) zhodnotily péči porodních asistentek jako výbornou. Tyto respondentky vypíchly, že oceňují perfektní péči, výbornou a trpělivou komunikaci, soucit a profesionalitu. Respondentky ocenily, že porodním asistentkám mohly důvěřovat. Tytéž respondentky byly rovněž rády, že jim byla umožněna přítomnost partnera během potratu. Ostatní respondentky nehodnotí péči jako špatnou, ale mají k péči již určité výhrady. Shrňme-li výhrady, lze uvést, že respondentkám chyběla především empatie, větší zájem o psychiku a zájem o ně jako o jedince. Respondentka R3 na adresu porodních asistentek uvedla: *„Mohly být víc možná empatické, víc se jako o mě zajímat, jak mi je a nějak trochu jako víc povzbudit.“* Další respondentka R5 popsala: *„Chyběl mi zájem o mě jako o ženu, která přišla, i kdyby ne o miminko, tak prostě o těhotenství, o štěstí.“* Jediná respondentka R1 nebyla s péčí porodních asistentek vůbec spokojená a mezi nejhorší momenty z celé hospitalizace uvedla, že po prvním

mimoděložním těhotenství byla na oddělení do vedlejšího pokoje umístěna žena po porodu společně s novorozencem, který na oddělení celou noc plakal. Tento zážitek respondentka popsala jako traumatizující. Borůvková et al. (2015) uvádí, že ženě po ztrátě dítěte by měl být zajištěn takový pokoj, kam nedoléhá pláč novorozeneckých dětí a kde se nebude stýkat s ženami po porodu zdravého a živého dítěte. Je-li to alespoň trochu možné, porodní asistentky a lékaři by měli najít jiné řešení, než umístit vedle sebe na jedno oddělení ženy po potratu a ženy s novorozenci. Nadto chyběla této respondentce R1 především empatie, zájem o její psychiku, pocity a o její osobu. Ratislavová (2016) uvádí, že ženy u porodních asistentek i lékařů nejvíce ocení lidský, vřelý a osobní přístup, dále to, že jim jsou porodní asistentky k dispozici, jsou milé, empatické, chovají se citlivě a snaží se rodičům nějakým způsobem pomoci. Ženám po potratu také pomáhá, když jim je citlivě vysvětleno, že se nedalo udělat nic, aby se potratu zabránilo, a když je jim zdůrazněno, že potrat není jejich vina, neboť ženy, které se podobného ujištění nedočkají, si mohou potrat dávat za vinu (Evans, 2012). Výsledky jasně ukazují, jak moc je empatie pro ženy s potratem důležitá - jak moc velký rozdíl udělá, když se porodní asistentka chová k ženám citlivě, zajímá se o to, jak se cítí, jaké mají pocity a nebojí se s nimi o těchto pocitech mluvit. Je vhodné, aby porodní asistentka v přiměřené síle projevovала své vlastní emoce a vyjádřila ženě či páru svou účast, a to klidně i beze slov, jen pohledem či třeba stiskem ruky, pohlazením (Borůvková et al., 2015). Naopak, jak Borůvková et al., (2015) dále uvádí, naprosto nevhodný je přístup odosobněný, snaha o co nejrychlejší vyřízení potratu, předstírání, že o nic nejde a že se vlastně nic nestalo, tím pádem neposkytnutí potřebné podpory. Evans (2012) zdůrazňuje, že velký vliv na celkovou péči porodních asistentek může mít staniční sestra, která by měla být ostatním příkladem a měla by podpořit další vzdělávání porodních asistentek, které je nezbytné pro vyšší kvalitu péče.

Důležitou roli pro ženy, které si procházejí ztrátou dítěte, hraje bezesporu partner. Všechny dotazované respondentky se shodly na tom, že partner pro ně byl během potratu a po něm nesmírně důležitý a byl jim velkou oporou. Všechny respondentky odpověděly, že potrat skutečně prožívaly společně s partnerem. Respondentka R4 uvedla: „*My jsme to prožívali spolu, staral se o mě, plakal se mnou.*“. I partnerský vztah bývá potratem zasažen, a to různými způsoby, některé páry tato smutná zkušenost sblíží a jejich vztah zocelí, neboť se prohloubí jejich vzájemná důvěra a žal prožívají společně, stmeluje je pocit, že se mohou jeden o druhého opřít a mají pocit, že jeden bez druhého by danou situaci nezvládli (Borůvková et al., 2015). Ve výzkumu se ukázalo, že pozitivní vliv na

vztah zaznamenaly všechny respondentky. Potrat respondentkám dodal pocit, že v partnerství všechno zvládnou, že se jejich vztah upevnil a po překonání tak náročné situace, jakou potrat je, vědí, že si mohou vzájemně důvěřovat a spolehnout se jeden na druhého. Respondentkám, které prodělaly potrat v druhém trimestru, byla umožněna přítomnost partnera u potratu, za což byly respondentky vděčné. Z ostatních respondentek byl na návštěvě partner jen u respondentky R3, která ocenila, že partner mohl být přítomen i mimo návštěvní hodiny. Umožnění přítomnosti partnera v nemocnici třeba i mimo návštěvní hodiny uvádí ChiEungDanforn a Nga ChongLisa (2011) jako podpůrný akt ze strany porodních asistentek. Ostatní respondentky byly hospitalizované krátce, takže se návštěvy ani nestihly. Výzkum ukázal, že respondentky by ocenily, kdyby partner mohl být přítomen u sdělování diagnózy a informací. Umožnění přítomnosti partnera nebo jiné blízké osoby je pro ženy velkou podporou (White a Bouvier, 2005). Domníváme se, že by partner měl být informován a pokud to jen trochu jde, měl by být přizván do ordinace za partnerkou a informace by měly být sdělovány oběma. Partner by byl pro partnerku v takové chvíli velkou oporou a snášela by sdělení diagnózy lépe, navíc jsou ženy po sdělení diagnózy často v šoku, což uvedly i tři respondentky, tudíž si často ani nepamatují, co jim v té chvíli lékaři a porodní asistentky říkají a partner by jim mohl tyto informace později zopakovat. Partner však jako jeden z rodičů může prožívat ztrátu dítěte rovněž velmi emotivně a zdravotníci by tak na jeho prožívání měli také brát ohled a věnovat se v komunikaci a informovanosti i jemu. I u mužů se lze setkat s prožíváním pocitů smutku, stesku a pláče, k čemuž dochází často skrytě, může ale dojít i k bagatelizování situace (Špaňhelová, 2015). Je tedy žádoucí, aby porodní asistentky braly ve své péči v potaz i partnery pacientek, kteří jsou společností často vnímáni jako ti, kteří se o ženu postarají, jsou pro ni zdrojem síly a sami navíc mají pocit, že není vhodné, aby dávali najevo své pocity a emoce, vnitřně však často prožívají po ztrátě nenarozeného dítěte velký stres a jsou velmi zranitelní (Due et al., 2017). Výzkum tato tvrzení potvrzuje, neboť všechny respondentky uvedly, že jejich partneři nesli potrat těžce.

Po samotném potratu nastává pro ženy i jejich rodiny fáze truchlení. Truchlení a zármutek jsou přirozenou reakcí, která ztrátu někoho nebo něčeho blízkého provází (Ratislavová, 2016). Zármutek po ztrátě dítěte v těhotenství, bez ohledu na jeho fázi, je spojován se smutkem, úzkostí, poruchami příjmu potravy, sebeobviňováním, hanbou a neustálými myšlenkami na ztracené dítě (ChiEungDanforn a Nga ChongLisa, 2011). Podaří-li se truchlícím úspěšně projít procesem truchlení, dokážou potom lépe pracovat

se svými emocemi, vnímat je, pojmenovat a přijmout a posílí své schopnosti v překonání a zvládnutí krizové situace (Borůvková et al., 2015). Naopak nedojde-li ke zvládnutí tohoto procesu, obvykle se po několika měsících objeví úzkosti, nesnesitelné pocity viny, stud, výčitky svědomí a změněné vnímání skutečnosti (Borůvková et al., 2015). Každý prožívá truchlení samozřejmě jinak a respondentek jsme se ve výzkumu tázaly, jak toto truchlení a proces smíření se s potratem probíhal právě u nich. Výzkum ukázal, že k úzkostem a změněnému vnímání skutečnosti došlo u respondentky R7, která svůj žal po potratu naprosto potlačila a snažila se předstírat, že neexistuje. Následně u ní po několika měsících došlo k psychickému zhroucení a musela vyhledat odbornou pomoc psychologa. Borůvková et al. (2015) uvádí, že mezi faktory, které mohou ženám pomoci při překonání potratu, patří podpora od partnera a nejbližších, podpora od porodní asistentky, sdílení zkušenosti s ostatními ženami, které potkal stejný osud, dostatek informací nebo třeba odborná psychologická pomoc. K vyrovnání se se zármutkem rodičům často pomáhá volba pokusit se o další těhotenství a upínají se k naději, že další zdravé dítě vyplní prázdnotu, která po ztrátě dítěte během těhotenství vznikla (ChiEungDanforn a Nga ChongLisa, 2011). Tomu odpovídají i výsledky výzkumu, kde se respondentky R2, R5 a R6 shodují, že jim k překonání potratu pomohlo další úspěšné těhotenství a narození zdravého dítěte. Dále se všechny respondentky vyjádřily, že zásadní roli v překonání potratu pro ně hrál partner. Třem respondentkám (R3, R5, R7) pomohlo o své situaci mluvit se ženami, které si potratem také prošly, neboť měly pocit, že tyto ženy jim lépe rozumí. Respondentka R1 uvedla, že jí v překonání potratu pomohlo uspořádání rituálu, kdy si potracené dítě namalovala a rozloučila se s ním. Z výzkumu také bohužel vyplynulo, že v překonání potratu pro ženy nehrála velkou roli porodní asistentka. Pouze jedna respondentka R3 uvedla, že jí v překonání potratu pomáhala porodní asistentka. Přitom právě porodní asistentky v primární péči i při hospitalizaci by měly ženám minimálně poskytnout informace ohledně pomoci a možností, které po porodu mají a měly by se zajímat o to, jak ženy situaci snášejí, jak se jim psychicky daří a zda nepotřebují s něčím poradit nebo pomoci.

6 Závěr

Bakalářská práce se zabývala péčí porodní asistentky o ženu s potratem. Konkrétně byla práce zaměřena na péči o ženy, které si prošly spontánním potratem, mimoděložním těhotenstvím nebo umělým ukončením těhotenství ze zdravotní indikace. Teoretická část práce je zaměřena na charakteristiku potratů podle české legislativy, na příčiny, klinická stádia, diagnostiku a terapii spontánního potratu a mimoděložního těhotenství. V teoretické části jsou rovněž popsány způsoby umělého ukončení těhotenství v prvním a druhém trimestru a možné komplikace tohoto zákroku. Důležitý díl teoretické části tvoří kapitola zabývající se psychosociálními aspekty potratu, do které spadá i prožívání potratu ze strany partnera nebo proces truchlení, ale také kapitola věnující se přímo péči porodní asistentky o ženu s potratem. Praktickou část tvoří kvalitativní výzkum provedený pomocí polo-strukturovaných rozhovorů s ženami, které prodělaly potrat.

V práci byly zvoleny dva cíle a k nim tři výzkumné otázky. Cíli práce bylo tedy zjistit, jak porodní asistentky pomáhají v naplňování potřeb u žen, které prodělaly potrat a dále zjistit spokojenost žen, které prodělaly potrat, s péčí porodních asistentek. První výzkumná otázka zjišťovala, jakým způsobem uspokojují porodní asistentky bio-psycho-socio-spirituální potřeby žen, které prodělaly potrat. Výzkumem bylo zjištěno, že porodní asistentky uspokojivě pečují o biologické potřeby žen s potratem. Psychosociální potřeby však porodní asistentky uspokojovaly adekvátně pouze u žen, které prodělaly potrat v druhém trimestru. Tři ze čtyř respondentek, které prodělaly potrat v trimestru prvním, uvedly, že nebyly s uspokojováním psychosociálních potřeb spokojeny. Tento poznatek poukazuje na to, že porodní asistentky stále nevnímají potrat jako záležitost, která má na psychosociální potřeby žen dopad. Porodní asistentky si tím pádem ani neuvědomují, že by se jejich vnímání a postoj měly nebo mohly změnit. Respondentky byly dále zvlášť dotazovány na uspokojování duchovních potřeb, přičemž se ukázalo, že duchovní potřeby byly uspokojovány skutečně jen u žen s potratem v druhém trimestru a u žen s potratem raným byly naprosto opomenuty, což je zásadní nedostatek v péči porodních asistentek.

Druhá výzkumná otázka zkoumala, jak hodnotí ženy péči porodních asistentek v průběhu potratu, přičemž se ukázalo, že respondentky hodnotí péči naprosto pozitivně, co se péče o fyzickou stránku týče, avšak ne všechny respondentky byly spokojeny s kvalitou péče o jejich psychiku. Mezi aspekty péče, které ženy hodnotily, pozitivně patří

empatie, klidná komunikace, trpělivé zodpovídání dotazů, citlivý přístup, vyjádření podpory a dostatečná informovanost. Negativně naopak respondentky hodnotily, když se je porodní asistentky snažily rychle odbýt, komunikovaly s nimi, jakoby se nic nestalo. Nelíbil se jim necitlivý přístup a nevhodná komunikace ze stran porodních asistentek a lékařů.

Třetí výzkumná otázka se tázala, jak porodní asistentky pomáhají ženám s potratem zvládnout jejich situaci. Výzkum ukázal, že porodní asistentky nejvíce pomohou ženám již zmíněnou adekvátní komunikací, podáváním dostatečných informací, klidným, trpělivým a citlivým přístupem, ale také umožněním přítomnosti partnera během potratu nebo alespoň při sdělení diagnózy. Respondentky se také cítily lépe, když jim porodní asistentky zajistily soukromí a intimitu, když se jim personál představoval a když nedocházelo k tak častému střídání pečujícího personálu.

Výzkum ukázal, že porodní asistentky poskytují profesionální péči o fyziologické funkce a potřeby žen s potratem, avšak při péči o psychiku těchto žen se projevily určité nedostatky. Tyto nedostatky se projevily zřejmě i proto, že si porodní asistentky vůbec neuvědomují, že by o psychiku žen s potratem bylo třeba nějak speciálně pečovat. U porodních asistentek by měla být podpořena motivace k učení se novým znalostem a dovednostem z oblasti psychologie a komunikace, které by mohly potom využít při péči o ženy s potratem. Porodní asistentky by si měly uvědomit, že i když je potrat všeobecně častým jevem, tak pro ženu může být každý potrat regulérní ztrátou dítěte, tudíž vysoce traumatizující záležitostí, při které je vyžadována adekvátní specializovaná péče.

Jako výstup práce byl vytvořen leták s instrukcemi pro porodní asistentky, v němž jsou zdůrazněny nejdůležitější prvky péče o ženu s diagnózou potratu. V letáku jsou vyzdvihnuty především správná komunikace, informovanost, péče o psychosociální potřeby a začlenění partnera, neboť výzkum ukázal, že právě tyto aspekty ženy během péče nejvíce ocení a nejvíce jim pomohou zvládnout jejich situaci. Leták tak může pro porodní asistentky sloužit jako pomoc během péče o ženy s potratem a může vést i ke kvalitnější péči o tyto pacientky.

7 Seznam použité literatury

1. BINDER, T., VAVŘINKOVÁ, B., 2016. *Porodnictví pro porodní asistentky*. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně, Fakulta zdravotnických studií. 240 s. ISBN 978-80-7561-020-1.
2. BÓRIKOVÁ, I., 2008. Potřeby v ošetrovatel'stve. In: TOMAGOVÁ, M., BÓRIKOVÁ, I. et al., *Potreby v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta. 11-25 s. ISBN 978-80-8063-270-0.
3. BORŮVKOVÁ, K. et al., 2015. Psychosociální intervence v případě úmrtí dítěte (perinatální ztráta, potrat). In: TAKÁCS, L. et al., *Psychologie v perinatální péči: Praktické otázky a náročné situace*. Praha: Grada. s. 141-152 . ISBN 978-80-247-5127-6.
4. ČECH, E., 2014a. Ektopické těhotenství. In: HÁJEK, Z. et al. *Porodnictví*. 3. vyd. Praha: Grada. s. 255-262. ISBN 978-80-247-4529-9.
5. ČECH, E., 2014b. Operace v souvislosti s těhotenstvím a porodem. In: HÁJEK, Z. et al. *Porodnictví*. 3. vyd. Praha: Grada. s. 461-564. ISBN 978-80-247-4529-9.
6. DISMAN, M. 2011. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 4. vyd. Praha: Karolinum. 372 s. ISBN: 978-80-246-1966-8.
7. DOLEŽAL, A. et al., 2007. *Porodnické operace*. Praha: Grada. 376 s. ISBN 978-80-247-0881-2.
8. DUE, C. et al., 2017. The impact of pregnancy loss on men's health and wellbeing: a systematic review [databáze]. *BMC Pregnancy & Childbirth*. 17, 1-13. [cit. 2018-04-18]. ISSN 1471-2393. Dostupné z: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=b8d6892f-be58-42f8-a51e-8909a9b72ef3%40sessionmgr4008>
9. DUŠOVÁ, B., 2011. *Komunitní péče a akutní stavy v porodní asistenci část I.: Komunitní péče v porodní asistenci*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. 75 s. ISBN 978-80-7464-046-9.
10. EVANS, R., 2012. Emotional care for women who experience miscarriage [databáze]. *Nursing Standard*. 26(42), 35-41. [cit. 2017-11-27]. ISSN 00296570. Dostupné z: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=4098791b-535f-4278-a953-d4346a94ad67%40sessionmgr4008>

11. FAIT, T., INDROVÁ, D., 2017. Plánované rodičovství. In: FAIT, T. et al. *Moderní farmakoterapie v gynekologii a porodnictví*. 2. vyd. Praha: Maxdorf. 12-33 s. ISBN 978-80-7345-482.
12. FANTA, M., CRHA, K., 2016. Farmakologické ukončení těhotenství. *Acta medicae*. 5(4), 62-64. ISSN 1805-398X.
13. GÁGYOR D., PILKA R., 2017. Ektopická gravidita. In: PILKA, R. et al. *Gynekologie*. Praha: Maxdorf. s. 141-159. ISBN 978-80-7345-530-9.
14. HÁJEK, Z., 2014. Poruchy délky těhotenství. In: HÁJEK, Z. et al. *Porodnictví*. 3. vyd. Praha: Grada. s. 240-252. ISBN 978-80-247-4529-9.
15. CHIEUNG DANFORN, L., NGA CHONGLISA, C., 2011. Clinician's Role of Psychological Support in Helping Parents and Families with Pregnancy Loss [databáze]. *Journal of the Australian Traditional-Medicine Society*. 4(17), 215-217. [cit. 2018-04-18]. ISSN 1326-3390. Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=c962c0cb-0456-42bb-9b46-007a3574a668%40pdc-v-sessmgr01>
16. KOPÁČIKOVÁ, M. et al., 2012. *Ošetrovatelský proces a potřeby pacientů/klientů*. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava. 264 s. ISBN 978-80-87035-51-1.
17. KŘEPELKA, P., 2017. Krvácení ve druhém a třetím trimestru gravidity. *Gynekologie a porodnictví*. 1(2), 66-68. ISSN 2533-4689.
18. KUČERA, E., 2011. Umělé přerušování těhotenství. *Lékařské listy*. 60(3), 25-27.
19. MAREŠOVÁ, P. et al., 2014. *Moderní postupy v gynekologii a porodnictví*. Praha: Mladá fronta a. s. 301 s. ISBN 978-80-204-3153-0.
20. MILOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. 332 s. ISBN: 80-247-1362-4.
21. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2014. *Kdo je porodní asistentka a jak se stát porodní asistentkou?* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví [cit. 2018-4-13]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/kdo-je-porodni-asistentka-a-jak-se-stat-porodni-asistentkou-_9078_3076_3.html
22. OLESEN, M. L. et al., 2015. Deciding treatment for miscarriage – experiences of women and healthcare professionals [databáze]. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 29(2), 386-394. [cit. 2017-11-27]. ISSN 02839318. Dostupné z: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=4098791b-535f-4278-a953-d4346a94ad67%40sessionmgr4008>

23. PAŘÍZEK, A., 2015. *Kniha o těhotenství, porodu a dítěti. 1. díl, Těhotenství*. 5. vyd. Praha: Galén. 481 s. ISBN 978-80-7492-214-5.
24. PILKA, R. et al., 2017. Plánované rodičovství a antikoncepce. In: *Gynekologie*. Praha: Maxdorf. s. 141-159. ISBN 978-80-7345-530-9.
25. *Potraty 2015–2016*, 2016. ÚZIS. Praha. 174 s. ISBN 978-80-7472-153-3.
26. RATISLAVOVÁ, K., 2008. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha: Reklamní atelier Area. 106 s. ISBN 978-80-254-2168-4.
27. RATISLAVOVÁ, K., 2016. *Perinatální paliativní péče*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-271-0121-4.
28. ROZTOČIL, A., 2011. Poruchy v prvním trimestru těhotenství. In: ROZTOČIL, A. et al., 2011. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada. s. 203-221. ISBN 978-80-247-2832-2.
29. SÁK, P., 2008. *Standardy ošetrovatelské péče pro porodní asistenci*. České Budějovice: Nemocnice České Budějovice. 237 s. ISBN 978-80-254-3774-2.
30. SARASWAT, L. et al., 2014. Medical management of miscarriage [databáze]. *The Obstetrician & Gynaecologist*. 16(2), 79-85. [cit. 2017-11-27]. ISSN 14672561. Dostupné z: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=4098791b-535f-4278-a953-d4346a94ad67%40sessionmgr4008>
31. SLEZÁKOVÁ L. et al., 2013. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy III – gynekologie a porodnictví, onkologie, psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-4341-7.
32. SLEZÁKOVÁ L. et al., 2017. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 2. vyd. Praha: Grada. 272 s. ISBN 978-80-271-0214-3.
33. ŠAMÁNKOVÁ, M., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
34. ŠPAŇHELOVÁ, I., 2015. *Prázdná kolébka*. Praha: Portál. 144 s. ISBN 978-80-262-0942-3.
35. ŠVARŤÍČEK R. et al., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. vyd. Praha: Portál. 377 s. ISBN: 978-80-262-0644-6.
36. TRACHTOVÁ, E., 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 185 s. ISBN 978-80-7013-553-2.

37. TRÁVNÍK, P. 2015. Principy farmakologického ukončení těhotenství a evakuace děložní dutiny. *Praktické lékárenství*. 11(1), 6-7. ISSN 1801-2343.
38. VALOVÁ A., DOUCKOVÁ P., 2011. Porodní asistentka v péči o ženu. In: ROZTOČIL, A. et al., 2011. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada. s. 457-461. ISBN 978-80-247-2832-2.
39. Vyhláška č. 75/1986 Sb., Vyhláška ministerstva zdravotnictví České socialistické republiky, kterou se provádí zákon České národní rady č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství, 1986. [online]. [cit. 2017-10-22]. In: *Sbírka zákonů České Republiky*, částka 24, s. 514-515. ISSN: 1211-1244. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/start.aspx>
40. WEBSTER-BAIN, D., 2011. The successful implementation of nurse practitioner model of care for threatened or inevitable miscarriage [databáze]. *Australian nursing journal*. 18(8), 30-33. [cit. 2018-03-22]. ISSN 1320-3185. Dostupné z: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=85ff29f4-4726-4894-bdc5-7352003ce53e%40sessionmgr4008>
41. WHITE, H. L., BOUVIER, D. A., 2005. Caring for a patient having a miscarriage [databáze]. *Nursing*. 35(7), 18-19. [cit. 2017-11-27]. ISSN 03604039. Dostupné z: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=0c68fdc1-8ce6-41f6-b09b-2f4415777fcb%40sessionmgr4010>
42. Zákon č. 66/1986 Sb., České národní rady o umělém přerušení těhotenství, 1986. [online]. [cit. 2017-10-21]. In: *Sbírka zákonů České Republiky*, částka 22, s. 484-485. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/start.aspx>
43. Zákon č. 193/2017 Sb., kterým se mění zákon č. 256/2001 Sb., o pohřebnictví a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony, 2017. [online]. [cit. 2017-11-28]. In: *Sbírka zákonů České Republiky*, částka 71, s. 1994-2015. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/start.aspx>
44. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), 2011. [online]. [cit. 2017-10-15]. In: *Sbírka zákonů České Republiky*, částka 131, s. 4730-4801. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/start.aspx>

8 Přílohy

Seznam příloh: Příloha 1 Seznam otázek k polostrukturovaným rozhovorům

Příloha 1 Seznam otázek k polostrukturovaným rozhovorům

Identifikační údaje:

1. Kolik je Vám let?
2. Kdy k potratu došlo?
3. V jaké fázi těhotenství k potratu došlo?
4. Jak probíhalo těhotenství do potratu?
5. Je známa příčina potratu?

Otázky pro rozhovor:

6. Jakým způsobem probíhala komunikace mezi Vámi a porodními asistentkami?
7. Jakým způsobem jste byla od porodní asistentky informována o Vaší situaci, o tom co se bude následně dít a o tom jaké máte v dané situaci možnosti?
8. Můžete mi popsat, jak probíhala péče porodních asistentek? (Od začátku do konce, v ambulanci i během hospitalizace)
9. Jak porodní asistentka uspokojovala vaše potřeby během potratu a po něm?
10. Jak prožíval potrat Váš partner?
11. Jak u Vás probíhal proces truchlení – jak jste prožívala období po potratu?