OSTRAVSKÁ UNIVERZITA V OSTRAVĚ
LÉKAŘSKÁ FAKULTA
Ústav ošetřovatelství a porodní asistence

Subjektivní prožívání žen po spontánním potratu

Diplomová práce

Autor práce: Bc. et Bc. Jiřina Weisová
Vedoucí práce: PhDr. Radka Bužgová, Ph.D.

2015

UNIVERSITY OF OSTRAVA
FACULTY OD MEDICINE
Department of Nursing and Midwifery

Subjective experience of women after miscarriage

MASTER THESIS

Author: Bc. et Bc. Jiřina Weisová
Supervisor: PhDr. Radka Bužgová, Ph.D.

2015

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Já, níže podepsaná studentka, tímto čestně prohlašuji, že text mnou odevzdané závěrečné práce v písemné podobě i na CD nosiči je totožný s textem závěrečné práce vloženým v databázi DIPL2.

Ostrava dne 30. 4. 2015

Jiřina Wrisma

.....

podpis studentky

OSTRAVSKÁ UNIVERZITA V OSTRAVĚ
Lékařská fakulta
Akademický rok: **2013/2014**

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení:	**Bc. Jiřina WEISOVÁ**
Osobní číslo:	**Z13214**
Studijní program:	**N5345 Specializace ve zdravotnictví**
Studijní obor:	**Komunitní péče v porodní asistenci**
Název tématu:	**Subjektivní prožívání žen po spontánním potratu**
Zadávající katedra:	**Ústav ošetřovatelství a porodní asistence**

Zásady pro vypracování:

Spontánní potrat je ukončení těhotenství a vypuzení plodu z dělohy v prvních 22 týdnech jeho trvání. Vypuzení plodu není vyvoláno zevním zásahem. Spontánní potrat je pro ženu zpravidla náročnou životní situací. Cílem diplomové práce bude zjistit a popsat pocity žen po prodělaném spontánním potratu a identifikovat jejich potřeby a případně způsoby zvládání zátěže. Praktická část bude zpracována metodou kvalitativního výzkumu, metodou sběru bude nestrukturovaný rozhovor. Výsledky by měly být přínosem pro porodní asistentky v komunitní péči o ženu po prodělaném spontáním potratu.

Časový harmonogram:
Zpracování tématu práce: říjen 2013 - listopad 2013
Shromažďování a studium literatury: listopad 2013 - duben 2014
Vypracování osnovy: leden 2014 - březen 2014
Vypracování teoretické části: duben 2014 - říjen 2014
Empirická šetření: duben 2014 - srpen 2014
Zpracování empirické části: září 2014 - únor 2015
Korektury a úpravy: březen 2015 - duben 2015

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy: **60 - 80 str.**

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

HÁJEK, Z. et al. Rizikové a patologické těhotenství. Praha: Grada Publishing, a.s , 2004. 444 s. ISBN 80-247-0418-8.
PAŘÍZEK, A. Kniha o těhotenství a dítěti. Praha: Galén, 2009, 776 s. ISBN 9788072626533.
PRAŠKO, J. et al. Stop traumatickým vzpomínkám: Jak zvládnout posttraumatickou stresovou poruchu. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-811-2.
ROZTOČIL, A. et al. Moderní gynekologie. Praha: Grada Publishing, 2011. 528 s. ISBN 978-80-247-2832-2.
ROZTOČIL, A. et al. Porodnictví. Brno: IDVPZ, 2001. 333 s. ISBN 80-7013-339-2.

Vedoucí diplomové práce: **PhDr. Radka Bužgová, Ph.D.**
Ústav ošetřovatelství a porodní asistence

Datum zadání diplomové práce: **19. listopadu 2013**
Termín odevzdání diplomové práce: **30. dubna 2015**

PhDr. Radka Bužgová, Ph.D.
vedoucí diplomové práce

L.S.

Doc. PhDr. Darja Jarošová, Ph.D.
vedoucí katedry

V Ostravě dne 20. ledna 2014

ABSTRAKT

Cíl: Cílem diplomové práce bylo zjistit a popsat prožívání žen po samovolném potratu, identifikovat potřeby žen po samovolném potratu a způsoby zvládání zátěže a formulace doporučení týkající se zkvalitnění péče o tyto ženy pro porodní asistentky v ústavní i komunitní péči

Metodika: Výzkumný soubor tvořilo 9 žen, které samovolně potratily v prvním trimestru gravidity. Po splnění nastavených kritérií následně proběhly polostrukturované rozhovory, které byly autenticky přepsány a analyzovány. Analýza směřovala k vytvoření jednotlivých kategorií a subkategorií.

Výsledky: Analýzou rozhovorů bylo zjištěno, že období po spontánním potratu je obdobím zvýšené emocionální zátěže a že ženy používají různé způsoby jejího zvládání. Dále bylo zjištěno, že v oblasti potřeb dominuje potřeba získávání informací a potřeba sdílení pocitů. V oblasti podpory ženy spoléhaly pouze na laickou podporu, podpora z řad erudovaných odborníků byla nedostatečná.

Závěr: Samovolný potrat je událost, která může způsobit duševní utrpení s potenciálně dlouhodobými důsledky. Psychologickým aspektům spontánního potratu věnuje odborná veřejnost jen malou pozornost a ženy po prodělaném samovolném potratu stojí na okraji zájmu nejen zdravotníků, ale celé společnosti. Špatná informovanost žen může vést ke zvýšenému výskytu úzkosti a negativních pocitů, které ovlivňují další spolupráci se zdravotníky. Pochopení pocitů a potřeb žen může být prvním krokem v procesu zlepšování a efektivitě poskytování ošetřovatelské péče. Pro tuto skupinu žen mohou být vhodnou a důležitou podporou dostatečně vzdělané porodní asistentky v komunitní péči a proto je vhodné podporovat vzdělávací programy v této oblasti. Zkvalitnění dalšího managementu péče o tyto ženy by měly přinést další studie.

Klíčová slova: samovolný potrat, prožívání, pocit, podpora, porodní asistentka

ABSTRACT

Aim: The aim of this diploma thesis was to verify and describe experiences of women after misscarriage. Further, identify its needs and ways for solving of loading. Finaly, we tried to formulate recommendations related to improving quality of care about these women after misscarriage given for midwife in institutional and community care.

Methods: Research sample was composed from 9 women, which had misscarriage in first trimestr of gravidity. With all women after passing defined critetions had been subsequently accomplished semistructured inteviews, which were afterthat autentic re-written and analysed. The analysis was directed for developing of defined categories and sub-categories.

Results: The analysis of interviews found that time period after misscarriage represents the period of increase emotional loading and that women used different kinds for solving of this loading. In addition, it was revealed that in the area of needs dominate the need for getting information and the need for sharing feelings. In the area of support, women relied only on layman support. The support from the side of specialists was found as unsufficient.

Conclusion: Misscarriage represents event which can be cause of mental suffering with potentional long-period implications. The academic public depute only a few attention to psychology aspects and women after misscarriage usually stay on periphery of interest at academic public as well as in society. Unsufficient amount of information for women after misscarriage can lead to increasing incidence of anxiety and negative feelings, which might influence further co-operation with medic. Understanding of feelings and needs of these women can represent the first step in the process of improving and increasing the efficiancy in providing of medical care. Suitable and important support for women after misscarriage could be provided by well educated midwifes in community care. Therefore, according our opinion its convinient to support edcuational programs in this area. Better quality of care should also bring further studies in this problematic.

Keywords: misscarriage, experience, feeling, support, midwife

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucí práce paní PhDr. Radce Bužgové, Ph.D. za její ochotu, čas, lidský přístup, vedení, rady a bezmeznou trpělivost při zpracování diplomové práce. Dále děkuji všem ženám, které se na výzkumu podílely a své rodině za pochopení, trpělivost a pomoc při studiu.

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Ostravě dne 30. 4. 2015

Jiřina Wiesnerová

.....

podpis studentky

Obsah:

ÚVOD 12
1 PSYCHOLOGIE TĚHOTENSTVÍ 13
1.1 Psychické změny v prvním trimestru těhotenství 14
1.2 Psychické změny ve druhém trimestru těhotenství 15
1.3 Psychické změny ve třetím trimestru těhotenství 16
1.4 Deprese v těhotenství 16
1.5 Úzkost v těhotenství 17
1.6 Tokofobie 18
1.7 Stres v těhotenství 18
1.8 Prenatální psychologie 19
2 SAMOVOLNÝ POTRAT 20
2.1 Definice potratu 20
2.2 Incidence spontánního potratu 21
2.3 Etiologie spontánního potratu 21
2.3.1 Historie 23
2.4 Rizikové faktory 24
2.5 Průběh spontánního potratu 24
2.6 Diagnostika spontánního potratu 25
2.7 Léčba 26
2.8 Prevence spontánního potratu 27
2.8.1 Prevence spontánního potratu v dalším těhotenství 28
2.8.1.1 Prekoncepční příprava. 29
2.9 Komplikace po spontánním potratu 30
2.10 Role porodní asistentky 31
3 PSYCHICKÉ ASPEKTY PO SPONTÁNNÍM POTRATU 33
3.1 Postabortivní syndrom 33
3.1.1 Možné příznaky postabortivního syndromu 34
3.1.2 Ženy ohrožené PAS 36
3.1.3 Úrovně působení PAS 36
3.1.4 Léčivé kroky k uzdravení 37
3.2 Ozdravný proces 38
3.2.1 Truchlení 38

3.3 Pomoc při PAS 42
3.4 Posttraumatický růst 42
3.5 Osobnost a zvládání zátěže 43
4 FORMULACE PROBLÉMU 46
4.1 Cíle výzkumu 46
4.2 Charakteristika souboru 46
4.3 Metodika 47
4.4 Sběr dat 47
4.5 Zpracování dat 48
4.6.1 Období před potratem 49
4.6.2 Období vlastního potratu 53
4.6.3 Období po potratu 58
4.6.4 Podpora 64
4.6.5 Potřeby 69
4.7 Diskuse 75
4.7.1 Doporučení pro praxi 79
ZÁVĚR 82
BIBLIOGRAFICKÉ ZDROJE
SEZNAM ZKRATEK
SEZNAM PŘÍLOH
PŘÍLOHY

ÚVOD

Pro každou ženu je těhotenství velmi významným životním obdobím. Těhotenství je velmi dynamický děj, který na organismus ženy klade určitou míru fyzické i psychické zátěže. Většina těhotenství probíhá fyziologicky, někdy se ovšem vyskytnou faktory, které mohou zdárný průběh těhotenství zkomplikovat (Dostálová, Gerychová 2008, s.418). Za nejčastější těhotenskou komplikaci se považuje samovolný potrat, který se vyskytne přibližně u 15-20% všech klinicky potvrzených gravidit (Borrell a Stergiotou, 2013, s.492). Zatímco medicínské aspekty prenatálních vyšetření v odborných publikacích nalezneme relativně často, psychickým aspektům není věnována dostatečná pozornost (Skutilová, 2012, s.169). Pokud se týká těhotenských ztrát, najdeme v literatuře reakce na perinatální úmrtí- podle Čepického a Líbalové (2007, s. 101) si tuto pozornost vynutila praxe. Ale i potrat v prvním trimestru těhotenství je nutné považovat za velmi emociální událost v životě ženy, která může způsobit duševní utrpení s potenciálně dlouhodobými důsledky (Borrell a Stergiotou 2013, s.493). Ženám je mnohdy jedno, jestli se jedná o raný potrat v prvním trimestru těhotenství a nebo pozdní ve druhém.V jejich srdcích i myslích bude nenarozené dítě vždy dítětem, i když odešlo v prvním trimestru těhotenství a proto mohou brát potrat jako ztrátu dítěte, která patří mezi nejnáročnější životní situace a která může vyvolat ochromení, stres, krizi. Krize může zasáhnout oblast emocionální, tělesnou, sociální či spirituální. Do podvědomí lékařů a porodních asistentek se pomalu dostává podpora truchlení, ovšem zase pouze žen s perinatální ztrátou a ženy po spontánním potratu v prvním trimestru stojí na okraji zájmu. Autorka se ve své praxi stále setkává s takovými ženami a dle jejího soudu si i tyto ženy zaslouží pozornost ze strany zdravotníků a případně psychologů. Ve správném zpracování traumatu spojeném s potratem může pomoci zkušený psycholog.

Autorka této práce se v poslední době zúčastnila několika vzdělávacích akcí, které se věnovaly psychologickému zpracování těhotenské ztráty v průběhu celého těhotenství a rozhodla se provést vlastní výzkum. Diplomová práce je zaměřena právě na ženy, které spontánně potratily v prvním trimestru těhotenství., na popis jejich prožitků a pocitů a na identifikaci jejich potřeb. Správné pochopení těchto potřeb může pomoci nejen lékařům, ale i porodním asistentkám ve zkvalitnění ošetřovatelské péče nejen v ústavní, ale i komunitní péči.

1 PSYCHOLOGIE TĚHOTENSTVÍ

Mateřství je spojováno s obdobím dospělosti ve smyslu životního naplnění. V období dospělosti je mateřství i rodičovství víceméně očekáváno. I když u člověka se nemluví o naplnění zákona o zachování rodu jako lidstva, potřeba pokračování rodu jako rodiny je velmi silná (Sobotková 2001, s. 120). Prostřednictvím mateřství a později i rodičovství dosahuje žena dospělé identity. Mateřství i rodičovství přispívá k osobnostnímu zrání (Sobotková 2001, s. 121). Podle Pečené (1994, s.466) je těhotenství nejzávažnější vývojovou krizí, se kterou se žena musí vyrovnat a její svět prochází obrovskými psychickými změnami (Pečená 1994, s.466). Svět ženy prochází velkými životními změnami a to jak v oblasti somatické a sociální, tak i psychické- všechny tyto změny jsou vzájemně provázané a nelze je oddělit. Jak se s nimi těhotná žena vyrovná, záleží na její osobnosti, zralosti, postojem k těhotenství, připraveností na roli matky, případně věku a také na jejím ekonomickém a sociálním zázemí. U žen dochází ke změnám chování a ke změnám dosavadního života (Vágnerová 2000, str. 350). Po psychické stránce dochází ke obrovským změnám v emočním prožívání. Na jedné straně vidíme pocity štěstí a radosti, na druhé straně obavy, strach, pochybnosti, pláč (Ratislavová 2008, s. 16). U ženy se mohou vyskytovat pocity úzkosti, zmatku, se kterým si neví rady a někdy i nostalgie po dřívějším způsobu života (Vágnerová 2000, str. 350). Období psychické nestability, která postihuje i somatickou nebo sociální úroveň- i tak můžeme chápat psychologii těhotenství (Roztočil 2008, s. 360). Je zcela normální, když je těhotná nervózní, podrážděná a zcela nepřiměřeně reaguje na stres (Čech 2006, s. 71). Výjimečné nejsou ani přehnané emoční reakce, euforie a na druhé straně i deprese či nepřiměřený pláč. (Ratislavová 2008, s. 17). U žen, které si těhotenství velmi přejí (například pacientky po umělém oplodnění, či s diagnózou léčené sterility) se setkáváme s nepřiměřeným strachem z potratu, případně jiných těhotenských komplikací. (Čech 2006, s. 71-72). Podle Deansové (2004, str. 151) mají na emoce těhotné ženy vliv pohlavní hormony estrogen a progesteron, díky kterým jsou emoce zcela nepředvídatelné a jedinečné. Hormonální situace v těhotenství nemá obdobu v žádném jiném období ženina života a je zcela atypická (Weiss 2010, s. 296). Některé ženy prožívají během těhotenství klid, u některých se často i velmi prudké emoce střídají jako na houpačce (Deansová 2004, str. 151).

K udržení psychické kondice v těhotenství přispívá i vhodná pohybová aktivita (Korsten-Reck 2010, s. 96)

Péče o psychické pohodlí těhotné patří k základním vzorům chování společnosti i rodiny. Tato péče může velmi podstatně ovlivnit průběh těhotenství i následně porodu (Čech 2006, s. 71-72).

1.1 Psychické změny v prvním trimestru těhotenství

Během prvního trimestru se ženy soustřeďují zejména na vlastní tělo a jeho změny, které postupně s pokračujícím těhotenstvím přicházejí. Ženy si pomalu uvědomuje skutečnost, že bude matkou, že se v ní vyvíjí nový člověk, který ji celou pohltí a který úplně změní celý její život. S tímto uvědomováním přichází i pocit nové odpovědnosti, ale to nejen za sebe, ale i za vyvíjející se plod (Ratislavová 2008, s.25).

Těhotná žena, která čeká první dítě, prožívá velkou nejistotu, jak bude těhotenství probíhat a může popouštět uzdu své fantazii (Hučín 2000, s. 8).

V prvním trimestru se u mnoha žen objevují těhotenské potíže (nejčastěji se jedná o nevolnosti až zvracení, pocity napětí v prsou, bolesti hlavy, ospalost, únava ap). Tyto nepříjemnosti vnímají ženy velmi individuálně, hodně záleží na připravenosti na těhotenství. Některé ženy je vnímají jako běžné a nezbytné, pro některé jsou naprosto nesnesitelné a to vše se promítá do ženiny psychiky (Pečená 1999, s. 152).

Společně s psychickými a tělesnými změnami se mohou u těhotných žen objevit velmi ambivalentní pocity. Na jednu stranu se žena cítí velmi šťastná a na své dítě se velmi těší, na druhou stranu se bojí možných komplikací a má strach, aby o své dítě nepřišla. Zároveň se musí vyrovnávat s přecitlivělými reakcemi díky rozkolísané hormonální hladině. Spojení fyzických potíží a velkého emočního vypětí znamená pro ženu velmi náročné období a může ji i omezovat v každodenních povinnostech (Ratislavová 2008, s.25). Existují i ženy, které raději o svém těhotenství vůbec nemluví ze strachu, aby o ně nepřišly (Hučín 2000, s. 8).

Na konci prvního trimestru gravidity se většina žen podrobí prenatálnímu diagnostickému vyšetření na detekci vrozených vad. Období, kdy čekají na výsledky tohoto vyšetření, je pro ženy velmi zatěžující. V tomto období mohou zažívat pocity strachu, úzkosti a bezmoci a mohu si i od svého očekávaného dítěte vytvořit jakýsi

odstup. Tento odstup a strach zmizí v okamžiku, kdy je z výsledků patrné, že je všechno v pořádku (Ratislavová 2008, s.26)

1.2 Psychické změny ve druhém trimestru těhotenství

Druhý trimestr je hormonálně a psychologicky nejstabilnější část gravidity. Většinou dochází k vymizení ambivalentních pocitů- ty se mění na pocity pozitivní. U žen se velmi často objevují přání a fantazie, ohledně osobnosti, případně pohlaví a vzhledu očekávaného dítěte (Ratislavová 2008, s. 26). Na ženách se začínají viditelně projevovat tělesné změny, které jsou vnímány velice individuálně- některé ženy mají ze svého rostoucího bříška radost, protože mají pocit, že je důkazem správného vývoje dítěte, jiné naopak mají zcela negativní pocity, děsí se svých tělesných proporcí a mají obavy ze ztráty atraktivity (Pečená 1999, s. 153). Podle Ratislavové (2008, s. 25) se negativní pocity objevují u žen, které se už před otěhotněním nadměrně staraly o svou postavu a nebo u těch, které s ní nebyly spokojeny už před těhotenstvím. Ratislavová udává, že u takovýchto žen může dojít až k depresím ze ztráty kontroly nad svým tělem. Podle Northrupové (2008, s. 105-106). se problémy s vnímáním měnícího se těla během těhotenství připisují tlaku společnosti, která těhotnou neustále pozoruje a hodnotí.

Ve druhém trimestru už žena pociťuje pohyby plodu a je plně přesvědčena o životě dítěte. Začíná s ním komunikovat a plně si uvědomuje svoji své těhotenství. Žena má značnou potřebu starat se o své bezpečí a tím i bezpečí nenarozeného dítěte, vyhledává informace a aktivity pro těhotné. Změny v jednání a myšlení těhotné ženy mohou způsobit, že se začíná cítit jako zcela jiný člověk (Deansová 2004, str. 151).

Porucha kognitivních funkcí, která je způsobena těhotenskými změnami, se nazývá benigní těhotenská encefalopatie. Její incidence je poměrně vysoká, až 50% a může se vyskytnout kdykoli během prvního či druhého trimestru těhotenství. Projevuje se poruchami paměti, problémy s učením, únavností, nespavostí, potížemi se čtením, poruchami koncentrace a dezorientací (Ratislavová 2008; s. 26). Podle Weisse (2010 s. 296) je častější u prvorodiček a dá se do značné míry korigovat vůlí. Po ukončení šestinedělí spontánně vymizí.

1.3 Psychické změny ve třetím trimestru těhotenství

Chování těhotné ženy je charakterizováno „stavěním hnízda“ nebo „hnízděním“. Těhotná se snaží vše přizpůsobit nadcházejícímu příchodu miminka na svět, připravuje prostředí, výbavičku. Toto období je pro těhotnou ženu po fyzické i psychické stránce zase náročnější, emočně vypjaté. Fyzicky zatížený organismus vyvolává v ženě pocity nepřitažlivost. Žena se nachází ve stavu, kdy by chtěla porodit co nejdříve (Ratislavová 2008, s. 26). Psychická stabilita, která provázela druhý trimestr, se ve třetím vytrácí, typické jsou silné ambivalentní pocity zranitelnosti, obavy o osud těhotenství, strach z porodu. Čím více se blíží termín porodu, tím více se strach z porodu stupňuje, žena se bojí vlastního selhání, má strach z komplikací u porodu, obává se o zdraví dítěte.

Nastávající matka přemýšlí, zda bude dostatečně schopná se o novorozeně správně postarat a zda adekvátně zvládne svoji zcela novou roli (Čech et al. 2006, s. 86). Některé matky mohou vnímat plod jako součást svého těla, mohou o sobě i mluvit v množném čísle a mohou odmítat dítěti umožnit samostatnou a nezávislou existenci. S blížícím se termínem porodu mohou mít zadržovací sklony, kdy nechtějí rozbít pouto mezi sebou a dítětem. Tento stav se vyskytuje hlavně u těhotných žen, které měly problém s přijetím dítěte a po přijetí se od něho nedokážou nebo nechtějí odloučit (Hučín 2000, s. 10).

1.4 Deprese v těhotenství

Podle Weisse (2010, s. 296) patří deprese ke zcela typickým emocím v těhotenství. Svůj původ mají v hormonální nestabilitě a v psychosociální oblasti. Depresivní syndromy u těhotných žen (např únava, změna chuti k jídlu, poruchy spánku apod) je někdy velice obtížné diagnostikovat, protože se špatně odlišují od normálních zkušeností těhotných žen. Prevalence depresivní poruchy v graviditě je stejná jako u negravidních žen. K faktorům, které představují zvýšené riziko pro vznik deprese během těhotenství patří předchozí prodělaná depresivní porucha, mladší věk, omezená sociální podpora a ambivalentní pocity ohledně gravidity. Relaps depresivní poruchy v graviditě zvyšuje riziko nedostatečné péče o dítě, špatné výživy, porodních komplikací a je prediktorem vzniku poporodní deprese

(Bareš 2002. s. 2). U pacientek s psychickou poruchou v období těhotenství a kojení je léčba psychofarmaky zcela specifická. Spolupráce gynekologa, porodníka, psychiatra, případně později neonatologa je naprosto nezbytná. Je-li farmakoterapie indikovaná, je indikovaná i v těhotenství a indikace musí být jednoznačná. Rozhodujícím faktorem v léčbě je vždy závažnost psychiatrických symptomů. V případě neléčené depresivní poruchy může být ohroženo těhotenství. Léčbu deprese v graviditě vždy začínáme psychoterapií. (Seifertová et al. 2007, s. 18). Rouhe (2011, s. 1104) udává, že většina depresivních stavů vzniklých během těhotenství zůstává bez jakékoli intervence či léčby a upozorňuje na nutnost aktivního vyhledávání depresivních příznaků u těhotných žen.

1.5 Úzkost v těhotenství

Určitá forma úzkosti postihuje většinu těhotných žen. Na rozdíl od deprese zde hrají značnou roli faktory psychosociální, zejména ekonomické. V těhotenství je vyšší výskyt nosofobií a hypochondrických rysů, což ovšem podle Weisse nemění případné rizikové chování (Weiss 2001, s.96). Těhotenství samo o sobě může být zdrojem úzkosti (Ratislavová 2008, s. 41). Hájek (2004. s. 58) jako nejčastější příčiny úzkostí v těhotenství jmenuje strach z vlastní neschopnosti, strach ze smrti ať už svojí nebo svého dítěte, strach z nesnesitelné bolesti či ztráty sebeovládání při porodu a zvláště nedůvěra k personálu. Podle Baďurové (2005, s. 408) se úzkost vyskytuje u 50% gravidních žen mezi 18. - 20. týdnem těhotenství a její nejčastější příčinou jsou prožité životní události a zdravotní symptomy. Weiss (2001, s. 96) dělí úzkosti na úzkost zaměřenou na těhotenství, a porod a na úzkost, která provází obavy ze zvládání výchovy dítěte, stejně jako Ratislavová (2008, s. 27), která přidává ještě úzkost jako psychopatologický syndrom. Je velmi důležité, aby se těhotná snažila najít způsoby, jak se úzkostných pocitů zbavit, ať už tyto pocity způsobuje cokoli. Mnoho nepřiměřených obav, ze kterých úzkost pramení, dokáže odstranit dostatečná informovanost o dané problematice. Zde se opět otevírá prostor pro porodní asistentky v komunitní a později i v ústavní péči (Pečená 1994, s. 467).

1.6 Tokofobie

Fobie je definována jako patologický iracionální strach, který má zcela konkrétní obsah.Fobie provázejí vegetativní příznaky a silné vnitřní napětí, které vede k vyhýbání se fobickým podnětům. Typickou fobií spojovanou s těhotenstvím je tokofobie- strach z porodu (Rouhe 2011, s. 1104). Tato fobie se nemusí vyskytovat jen u těhotných žen, (podle Bradáčové se formuje už v době dospívání), ale v těhotenství se stupňuje (Hofberg, Ward 2004, 528). Tokofobie se častěji vyskytuje u prvorodiček a u starších rodiček (Rouhe 2009, s. 68). Melender (2002, s. 108) zdůrazňuje, že je velmi důležité zabývat se v prenatální péči také pocity klientek vzhledem k těhotenství a porodu. Rovněž Rouhe (2011, s. 1106) doporučuje zabývat se duševním zdravím každé těhotné ženy a to zejména u žadatelek o císařský řez na přání. Multidisciplinární duševní péče a podpora během těhotenství by neměla být zanedbávána.

1.7 Stres v těhotenství

Termín stres je podle Joshi (2007, s. 19) mimořádně nejednoznačný. Praško, Prašková a Vyskočilová (2006, s. 24) jej definují jako soubor psychických a fyzických reakcí, které negativně působí na organismus člověka. Během těhotenství může těhotná žena zažít mnoho náročných situací, které u ní mohou, ale nemusí vyvolat stresovou reakci (Ratislavová 2008, s.27). Podle Praška, Praškové a Vyskočilové (2006, s. 24). může nadměrný stres způsobit těhotenství jako takové. Somatickými projevy stresu jsou například palpitace, pocit nedostatku vzduchu až lapání po dechu, bolesti hlavy, případně žaludku, přejídání se nebo naopak nemožnost cokoli polknout, únava, pocení, zvracení, třes apod. Také Čech (2006, s. 75) popisuje těhotenství a s ním spojené změny jako možné stresující období pro ženu a podle něj se stres v těhotenství projevuje podrážděností, plačtivostí, depresí, případně agresivitou a ze somatických příznaků především nespavostí, nauzeou a dušností. Huizinková (2004) udává, že stres matky ovlivňuje její hormonální rovnováhu, což negativně působí na vyvíjející se plod. Ovšem prenatální stres matky není spojen s rizikem vzniku jedné konkrétní duševní poruchy, například schizofrenie. Podle Kostky je průvodním jevem stresu u člověka vždy významná změna jeho chování (Kostka). Joshi (2007, s.20) za základní techniky zvládání stresu považuje fyzické cvičení, které vede ke snížení hladiny noradrenalinu

a tím snižuje negativní účinky stresu, masáže, které snižují hladiny glukokortikoidů a adrenalinu, pomáhají relaxovat a zmírňují bolesti a psychologické techniky. Všechny tyto techniky doporučuje pro těhotné ženy a ženy po porodu. Z cílených psychologických technik pro těhotné ženy doporučuje Kostka cílenou představivost, případně meditaci. Stresové situace nelze ze života těhotných žen zcela odstranit, ale je důležité, aby se těhotná žena nebála případně vyhledat pomoc (Ratislavová 2008, s. 28).

1.8 Prenatální psychologie

Prenatální psychologie je multidisciplinární obor (zasahuje do více oblastí psychologie a neurologie), který se věnuje psychologií dítěte před narozením a vlivem psychologických faktorů na plod.. Vědecky podložená prenatální psychologie má neuropsychologické základy, kdy vědci, případně lékaři zkoumají nejrůznější hormonální nebo farmakologické vlivy na plod v průběhu těhotenství a porodu (Indrielle 2013, s. 48). Podle Marka (2002, s.182) se prenatální psychologie sice řadí obecně do psychologie vývojové, ale setkávají se v ní obory jako je antropologie, sociologie, filosofie apod. (Marek 2002, s. 182). Prenatální psychologie klade důraz především na neoddělitelnost psychologických a tělesných procesů v lidském životě, který vytváří kontinuum od početí po smrt. Všechny fáze jsou stejně důležité a závislé na sobě navzájem. (Fedor-Freyberg, Hořanská 2011, s. 22). Podle Rastislavové (2008, s. 24) se prenatální psychologie zabývá širokými souvislostmi prenatálního života, prožívání těhotenství, sociálního prostředí, vlivů emocí matky na plod, ale také tím, jak to všechny tyto faktory působí na další vývoj a život člověka.

Ve společnosti ale bývá prenatální období podceňováno. Přitom je prenatální fáze života nejdůležitějším a nejvíce rozhodujícím obdobím pro celý život jedince, a to z pohledu psychologického i fyziologického (Fedor-Freyberg 2004, s. 23).

2 SAMOVOLNÝ POTRAT

2.1 Definice potratu

Potrat je vypuzení plodu z dělohy, který není schopný extrauterinního života. Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) je stanovena hmotnost pro potrat 500 gramů (což je asi 22. týden gravidity) a nepřežije-li 24 hodin života.

Podle metodiky MZCR v návaznosti na zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování č. 372/2011 Sb. se potratem se rozumí:
a) spontánní potrat, to je ukončení těhotenství, kdy je embryo nebo plod neprojevující známky života samovolně vypuzen nebo vyjmut z dělohy a jeho hmotnost je nižší než 500g, a pokud ji nelze zjistit, je-li těhotenství kratší než 22 týdnů (méně než 22+0),
b) umělé přerušení těhotenství provedené podle zákona upravujícího umělé přerušení těhotenství (zákon č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství, vyhláška MZ ČSR č. 75/1986 Sb., kterou se provádí zákon ČNR č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství),
c) ukončení mimoděložního těhotenství
d) případ, kdy z dělohy ženy bylo vyňato plodové vejce bez plodu, anebo těhotenská sliznice a jsou histologicky prokázány zbytky po potratu.

K potratu může dojít z nejrůznějších příčin samovolně, tehdy hovoříme o spontánním potratu (abortus spontaneus), nebo těhotenství může být ukončeno uměle (abortus arteficialis). V tomto případě může jít o ukončení legální ze zdravotních důvodů jak ze strany matky, tak plodu a nebo na přání těhotné ženy (umělé přerušení těhotenství), či nelegálně, pokud není potrat proveden v souladu se zákonnými opatřeními (abortus criminalis) (Zwinger 2004, s.1, Pařízek 2009, s.199) Dráč v roce 1960 a Hofman v roce 1967 používají ještě pojem velmi brzký potrat (ve 3.-5. týdnu gravidity), také Bonachera a Botella-Llusia v roce 1956 požívají pojem silent abortion- nepoznaný potrat do 2. týdne těhotenství (Dráč 1960, s. 456, Hofman 1967, Bonachera a Botella-Llusia 1956, s. 35). Toto rozdělení z časového hlediska už

ovšem nepoužíváme, z časového hlediska dělíme potraty na potraty v prvním a druhém trimestru.

2.2 Incidence spontánního potratu

Uvádí se, že spontánním potratem končí 10–15 % těhotenství. Tato incidence samovolných potratů je podle Zwingera (2004, s.2) vysoce podhodnocená, protože zahrnuje pouze klinicky evidované potraty a nikoliv ty, které proběhnou inaparentně v době raného embryonálního vývoje. Pozorováním při fertilizaci in vitro bylo zjištěno, že u více než 15% fertilizovaných oocytů nedochází k jejich dělení, ke ztrátě dalších přibližně 15% rýhujících se vajíček dochází v prvním týdnu koncepčního stáří ještě před implantací, 25 % jich zaniká v druhém týdnu v průběhu implantace a 10 % v období nedostavivší se následné menstruace. I když jde pouze o výsledky laboratorní, lze předpokládat, že situace po fyziologickém oplodnění nebude příliš odlišná. Také podle Brighama (1999, s. 2869) se reálná čísla časných potratů se mohou pohybovat mezi 60 a 75 % všech početí. Vezmeme-li v úvahu pouze klinicky evidované a hlášené potraty, je toto patologie nejčastější příčinou reprodukčních ztrát.

Riziko spontánního potratu stoupá s věkem ženy, např podle Borrella a Stergiotou (2013, s. 492) se frekvence pohybuje od 9 % u 22letých do 84 % u 48letých žen. Stejně jako je riziko potratu závislé na věku, závisí také na předchozí reprodukční historii v předchozích 10 letech. Rovněž podle Králíčkové (2009, s. 17) s rizikem ztráty těhotenství pozitivně koreluje materiální věk. Králíčková ovšem dodává, že u žen, které již 3x potratily (asi 1 % žen v reprodukčním věku) vzrůstá riziko dalšího potratu na 30%.

2.3 Etiologie spontánního potratu

V prvním trimestru těhotenství dochází k více než 80 % evidovaných spontánních potratů. Příčina je v rozhodující většině fetální- nejčastější příčinou jsou chromozomové aberace, které zákonitě provází i poruchy vývoje (Vojtaššák et al. 2005, s. 17). Například Zwinger (2004, s. 2) uvádí, že pokud jsou plody geneticky vyšetřeny (což se děje jen asi v 50%), zjišťují se chromozomální aberace a ty mají téměř 100% letalitu. Také Králíčková (2009, s. 17) tvrdí, že většina samovolných potratů má příčinu v chromozomálních abnormalitách a odvolává se na studie Stern

et al., 1996; Pellicer et al., 1999; Carp et al., 2001. Použitím specifických metod bylo zjištěno, že nejčastější odchylkou jsou trizomie a početní abnormality pohlavních chromozomů.

Podle Pařízka může být poškození plodu důsledkem vnitřních vlivů**,** především změn v chromozomech, případně genech zárodku, a předpokládáme také důvody imunologické. Poruchy transportu oplozeného vajíčka, poruchy jeho uhnízdění v děloze, vliv infekce, léků, toxických látek, záření, nedostatku kyslíku apod pokládáme za zevní vlivy (Pařízek 2009, s. 199)

Mateřské příčiny potratů bývají často přeceňovány, vyvolají nejvýše 15 až 20% samovolných potratů (Pařízek 2009, s.199; Králíčková 2009, s.17). Pokud je příčina na straně matky, pak se nejčastěji jedná o chronické stavy, při kterých dochází k opakovaným těhotenským ztrátám – například u žen s trombofiliemi je 2x větší riziko opakovaných těhotenských ztrát právě v prvním trimestru (Kessler 2006, s. 374; Gaillyová 2005, s. 9). Jiná chronická onemocnění, která mají vliv na zvýšenou možnost spontánního potratu jsou endokrinní choroby například hypothyreóza (Topolčan 2012, s. 13), autoimunní thyreoitida (Spriger 201, s. 9), diabetes mellitus (Hájek 2004, s. 145; Roztočil 2011, s. 205) apod. Svou roli zde hrají také anatomické abnormality, které mohou být vrozené (například hypoplazie dělohy) nebo i získané (například synechie po prodělaných zákrocích v děloze (Roztočil 2011, s. 204-5). Jinou příčinou může být akutní onemocnění matky- například infekce cytomegalovirem, chlamydiovou infekceí, záněty ledvin apod (Roztočil 2011, s. 205). Pokud žena prodělala toxoplazmózu, v 1/3 případů skončí její těhotenství potratem (Palička 1998, s. 23). Rovněž trauma jak somatické, tak psychické může být příčinou samovolného potratu. Otázka možnosti psychosomatických poruch jako příčiny je stále diskutována (Roztočil 2011, s. 205) Tolstrup a kol (2003, s.2709) uvádějí, že zvýšená konzumace kofeinu a alkoholu a to i před otěhotněním zvyšuje výskyt spontánního potratu. Potrat může nastat i po nešetrném pohlavním styku (Roztočil 2011, s. 205). Korytová (2002, s. 636) zmiňuje i emocionální příčinu spontánního potratu a popisuje, že k potratu může dojít po negativním zážitku nebo stresové situaci. Dodává ale, že se jedná spíše o negativní vliv kontinuálního chronického emočního problému a chronického psychického traumatu než vliv jednorázového zážitku.

Ve druhém trimestru se situace obrací a spontánní potraty mají většinou mateřskou příčinu. Nejčastějším nálezem je inkompetence hrdla děložního, která provází

vrozené vývojové vady dělohy, jako například hypoplastickou dělohu, dělohu zdvojenou či s přepážkou (Zwinger 2004, s. 177). Záludnost inkompetence spočívá v rychlém a tichém rozvoji (Vašek, Michalec 2014, s. 61). Velmi častou příčinou pozdního potratu jsou myomy. Podle Krajčovičové a Hudečka (2010, s. 155) je souvislost výskytu submukózních myomů a samovolných potratů vcelku logická, ale nejnovější studie prokazují i signifikantně horší reprodukční výsledky u žen s intramurálně uloženými myomy. Lze tedy usuzovat, že i myomy, které dutinu děložní nedeformují, negativně ovlivňují ženskou plodnost.

Příčinný vztah myomů k potrácení je tradičně udávaný a vcelku logický, ale některými novějšími studiemi je zpochybňován, zejména pokud se jedná o myom solitární. Pro další osud těhotenství je důležitější místo nidace plodového vejce ve vztahu k myomu než jeho velikost a lokalizace (Mára et al. 2003, s. 34)

Další příčinou jsou horečnatá a infekční choroby matky, případně intoxikace. Nejčastějšími infekčními agens, která je zodpovědná za samovolné potraty jsou Mycoplasma, Ureoplasma urealyticum, Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, Treponema palidum, Herpes simplex, Cytomegalovirus, antropozoonózy aj (Zwinger 2004, s. 275).

V současné době je věnována mimořádná pozornost objasnění vlivu imunologického faktoru jako možné příčiny opakovaného potrácení. Ukazuje se, že nesprávně regulovaná imunita na fetomaternalním rozhraní má značný podíl na časných potratech, často opakovaných (Nouza et al. 2006, s. 492).

2.3.1 Historie

Podíváme-li se do historie, pak už Hippokrates (460 - 370 př. n. l.) za příčinu potratu považoval malou dělohu a otevřené hrdlo, které plod neudrží a ten vypadne ven (Vránová 2007 s. 7). Aristoteles ze Strageiry (384 - 322 př. n. l.) popisuje potracené plody a za příčinu považoval jejich bizardní tvar. Soranos s Dresu (98 - 138 n. 1.), za jehož života dosahovalo tehdejší porodnictví vrcholu, popisuje již abortivní prostředky, například dávivé, močopudné, lázně, pouštění žilou, projímadla a otřesy podbřišku a důrazně doporučuje těhotným, aby se jich vyvarovaly. Ze středověku známe například Zikmunda Albíka z Uničova (1347-1427), který ve spise Lékařské knížky, popisuje potrat a zároveň doporučuje ženám, které se bojí potratu, jíst semena kopru (Doležal 2001,s. 27).

2.4 Rizikové faktory

Za rizikové faktory pro možnost spontánního potratu považuje Gracia et al. (2005, s.995) věk matky a otce – čím starší rodiče, tím vyšší riziko spontánního potratu, vícečetná těhotenství, chronická onemocnění – například nekompenzovaný diabetes mellitus, lupus, hormonální poruchy apod., infekce v těhotenství- toxoplasmóza, listerióza, kapavka, příušnice, zarděnky, spalničky apod, kouření, pití alkoholu a užívání drog, toxické látky v prostředí- olovo, arsén, formaldehyd, benzen, ethylenoxid apod, RTG záření, užívání některých léků- vždy je nutno lékaře upozornit na těhotenství nebo jeho možnost, genetické problémy v rodině, obezitu a opakované potraty v předchozích těhotenství. Podle Hrubé (2001, s. 37) můžeme kouření považovat za jeden z nevýznamnějších rizikových faktorů pro reprodukci člověka. Zároveň Hrubá dodává, že tento faktor je významně preventabilní. Samaraweera a Abeysena (2010, s. 355) v své studii zjistili, že k rizikovým faktorům patří i spánková deprivace matek, fyzické trauma a sedavý způsob života. Pařízek (2008, s. 200) přidává k rizikovým faktorům i podstoupení některých invazivních vyšetření v těhotenství jako amniocentéza nebo chordocentéza, která jsou také spojena s rizikem samovolného potratu. Rasch uvádí jako rizikový faktor i požívání alkoholu a to nejen nadměrné, ale i mírné. Odvolává se na studii Harlap a Shiono (1980, s. 176), kteří již v roce 1980 došli k závěru, že sklon k potratu mají i ženy, které alkohol užívají s mírou a nejen ženy, které ho nadužívají (Rasch 2003, s. 182). Ke stejnému závěru došli i Odendaal et al.. v roce 2009, kteří ale zkoumali vliv kombinace alkoholu a kouření u těhotných žen (Odendaal et al. 2009, s. 9).

2.5 Průběh spontánního potratu

Terminologii potratu určuje jeho klinický průběh. Pokud pacientka slabě krvácí, případně má slabé bolesti v podbřišku, hovoříme o hrozícím potratu (abortus imminens). Pokud ovšem krvácení zesiluje, plodové vejce se začíná odlučovat, bolesti se zintenzivňují, je to již známka začínajícího potratu (abortus incipiens), kdy se plodové vejce stává pro organismus cizím tělesem a těhotná děloha se ho snaží vypudit. Pouze zcela výjimečně lze těhotenství za tohoto stavu zachránit, většinou

se bolesti a krvácení zintenzívňují a potrat pokračuje do stavu potrat v běhu (abortus in cursu), kdy je zcela vyloučeno těhotenství zachránit. Pokud děložní stahy vypudí odloučené plodové vejce do děložního hrdla, které není zcela otevřené, hovoříme o tzv. cervikálním potratu (abortus cervicalis)- v tomto případě pacientky trpí silnými bolestmi. Pokud je plodové vejce vypuzeno celé, hovoříme o úplném potratu (abortus completus), pokud ovšem zůstanou v děloze zadrženy jeho zbytky, hlavně zbytky placenty, jedná se o potrat neúplný (abortus incompletus). Pokud jsou tyto zbytky (rezidua) infikovány, hovoříme o septickém potratu (abortu septicus). Zvláštním případem potratu je tzv zamlklé těhotenství (missed abortion), kdy se vývoj plodu zastaví a plod odumře, ovšem plodové vejce zůstává zadrženo v děloze bez klinických příznaků (krvácení a bolesti) (Zwinger 2004, s. 2).

Jedná-li se o potrat pozdní, podobá se jeho průběh porodu- nastoupí bolesti, které se zpravidelní, odteče plodová voda apod. Inkompetence děložního hrdla většinou nemá žádné klinické příznaky (Roztočil 2001, s 162).

2.6 Diagnostika spontánního potratu

Těhotné většinou přivádí k lékaři přítomnost krvácení, případně odchodu koagul či tkáně, bolesti břicha nebo teploty. Těhotné po pečlivém odebrání anamnézy vždy pečlivě vyšetříme v zrcadlech, palpačně a pomocí ultrazvuku. V prvním trimestru preferujeme transvaginální sonografii. Podle Wheeler (2007, s.25) lze využít několika znaků k průkazu abnormálního vývoje těhotenství (viz příloha). Pokud je sonografický nález nejasný, doplňujeme vyšetření seriálem stanovení hladin hCG v krvi. Po stanovení diagnózy lze zahájit přiměřenou léčbu a přizpůsobit ji potřebám konkrétní pacientky (Čepický 2007, s. 26).

Při pozdním potratu přivádí ženu k lékaři většinou pravidelné bolesti- tonizace děložní. U žen můžeme najít v anamnéze umělé přerušení těhotenství, konizaci, případně nalezenou děložní anomálii či myomy. Vždy pečlivě těhotnou vyšetříme palpačně a pomocí ultrazvuku, kdy kombinujeme abdominální i transvaginální sonografii, kdy prokazujeme zkrácení děložního čípku či otevírání vnitřní branky. Vždy je nutno odebrat moč na bakteriologické vyšetření, výtěr z pochvy a pokud možno i z hrdla děložního, protože zvýšené hladiny prostaglandinů, které vznikají při zánětech, mohou vyvolat děložní kontrakce. Po proběhlém pozdním potratu lze

provést prekoncepčně hysterosalpingografii případně prokázat eventuální děložní anomálii (Roztočil 2001, s 164).

2.7 Léčba

Léčbu rozdělujeme podle toho, ve kterém trimestru těhotenství se žena nachází. Nachází-li se žena v prvním trimestru těhotenství, pak podle Zwingera (2004, s. 3) platí, že jakékoli krvácení vyžaduje hospitalizaci. Jde-li o abortus imminens, pak hospitalizace podle Čepického (2006, s.26) není nutná. Někdy se pacientky stále rutinně hospitalizují, ale spíše z forenzních důvodů. Při hrozícím potratu a při potvrzení životnosti plodu postupujeme přísně konzervativně. Doporučujeme klidový režim, případně podáváme sedativa, či vitaminy. (Zwinger 2004, s. 4). Dříve se používaly progestiny a hCG, někteří lékaři je podle Čepického stále používají (například preparát Utrogestan), ale dle Cochranovy databáze, která uvádí 14 studií užití progestagenů v prevenci spontánního potratu nezjistila metaanalýza u léčených žen žádné zlepšení (Wheeler 2007, s 25, Čepický 2007, s. 27). Veškerá medikamentózní léčba ovšem přestává být smysluplná, pokud se jedná o těhotenství s odumřelým plodem (Zwinger, 2004, s. 4). Inkompletní potrat řešíme chirurgicky, provádíme instrumentální evakuaci a revizi dutiny děložní kyretou, případně potratovými kleštěmi nebo evakuaci provedeme vakuumexhauscí (Zwinger 2004, s. 4). Přestože tato léčba je historicky starší a většina pracovišť ve světě jí dává přednost, lze použít i léčbu farmakologickou- terapii Misoprostolem, při které dochází k evakuaci dutiny děložní na hormonálním podkladě (Rodemannet al. 2010). Podle Deutchmana, Tubay a Turoka (2009) je u časné těhotenské ztráty velmi účinným postupem farmakoterapie misoprostolem. Farmakologická léčba je ve světě doporučována pro své nízké náklady a větší komfort pacientek (Bagratee et al. 2003, s 270, Joys, 2005, s. 2878). Condous, Okaro a Bourne (2003, s. 425) připomínají nižší výskyt pánevní infekce a jejich komplikací při použití farmakologické léčby. Ve vztahu k dlouhodobým komplikacím, je uklidňující, že Blohm a kol (1997, s. 995) neprokázal žádný rozdíl v budoucí porodnosti mezi pacientkami, které byly léčeny farmakologicky a těmi, které podstoupily chirurgickou evakuaci. V České republice se zatím tato farmakologická léčba neprovádí (k 1.9.2014).

Kavita et al. (2006) popisují ještě způsob vyčkávací, kdy ženy vyčkávají až do kompletního potracení plodového vejce. Tento způsob je spojen s vyšší krevní

ztrátou, ale nezaručuje poté nutnost chirurgické intervence. Kavita et al. (2006) také připomínají, že pokud nehrozí bezprostřední nebezpečí, měly by ženy mít možnost výběru, jaké metodě dají přednost a to vždy ve spolupráci s lékařem.

Pokud se jedná o kompletní potrat, je na zvážení nutnost instrumentální revize dutiny děložní. Je-li diagnóza jistá, pak tato nutnost jistě není, ale u pacientky je nutné sledovat hladinu hCG a jeho pokles. Není-li diagnóza zcela jistá, je jistě praktičtější revizi provést (Čepický 2007, s. 26).

V případě hrozícího pozdního potratu je vhodná hospitalizace pacientky s klidem na lůžku, podáváme tokolytika venózně nebo perorálně. Při jasném průkazu inkompetence děložního hrdla provádíme cerclage (To et al. 2002, s. 477, Bergera 2004, s. 1315). Protože tato metoda není bez rizika provádíme ji pouze v přísně indikovaných případech a její preventivní použití se již nedoporučuje (Bergela et al. 2005, s 189). Jiní autoři, například Rust a kol (2001, s. 1005) nebo Meekai et al. (2003, s. 1853) došli k závěru, že cerclage nijak podstatně nesnižuje riziko pozdního potratu či předčasného porodu a proto ji nedoporučují. Dříve se také používal u inkompetence hrdla Mayerův pesar, který se dnes již nedoporučuje pro riziko infekce a anatomických změn (Roztočil 2008, s. 165)

2.8 Prevence spontánního potratu

Cílem primární prevence je zamezit vlivům, které spontánní potrat vyvolávají. Často to není pouze otázka medicínská, ale i celospolečenská. Je žádoucí, aby pacientky s chronickým onemocněním otěhotněly až po kompenzaci svého zdravotního stavu.

Prevence spontánního potratu je téměř nemožná –jedná-li se o těhotenství plánované, je dobré ještě před otěhotněním zvýšit přísun vitaminů skupiny B, E a kyseliny listové (užívá se až do 12. týdne). U rizikových pacientek je vhodné preventivní podávání progestačních preparátů (Roztočil 2001, s. 159). Životní styl ženy ovlivňuje zásadně průběh těhotenství a prenatální vývoj jejího dítěte. Obecně v každém těhotenství se proto snažíme eliminovat rizikové faktory, například by každá žena měla být důsledně edukována o správné životosprávě a to nejen jídelníčku, zákazu kouření, alkoholu či jiných drog, ale i o správné duševní a spánkové hygieně a vhodné pohybové aktivitě. Zde se otevírá prostor pro porodní asistentky v komunitní péči (Procházková, Myšáková 2006, s. 6). Práce zakázané těhotným ženám jsou uvedeny ve vyhlášce č 288/2003 Sb ze dne 25. 3. 2003.

Podle Roztočila (2001, s. 162) je prevencí pozdního spontánního potratu omezení interrupcí a uvážlivém indikování konizací děložního čípku zvláště u žen, které plánují graviditu Podle Acharya et al. (2005, s. 110) je vhodné při konizaci u ženy, která ještě plánuje graviditu, užít metodu LEEP a nikoli konizaci skalpelem. Metoda LEEP je v současnosti metodou volby na celém světě, ovšem studie hodnotící její vliv na těhotenství a jeho průběh teprve probíhají. Jednoznačná ale byla studie vedená Kyrgiou, která prokázala jako nejnebezpečnější metodu konizací u žen plánujících těhotenství metoda studeného nože (Sadler, Robová 2007, s. 28). Mimo období těhotenství je vhodné provádět chirurgickou korekci vrozených, případně získaných vývojových vad, hysteroskopicky (např submukózní myomy, přepážky v děloze), laparoskopicky (enukleace myomů, odstranění srůstů) nebo laparotomicky (metroplastiky) (Hořejší 2005, s.50; Mardešičet al. 2013 s. 28; Mára 2003, s.35). Chirurgická indikace řešení vrozené děložní malformace závisí na její správné diagnostice (Mardešičet al. 2013, s. 29). Jedná-li se o srůsty v malé pánvi, je zatím jedinou metodou řešení další operační vstup s provedením rozrušení- adheziolýzy. Rizikem každé operace jsou ale další srůsty a proto je třeba pečlivě volit chirurgickou techniku v rámci reprodukční gynekologie, případně používat antiadhezivní preparáty. Tyto preparáty zatím nejsou v ČR hrazeny z veřejného pojištění (Pánková, Hudeček a Račanská 2009, s. 4).

2.8.1 Prevence spontánního potratu v dalším těhotenství

Pokud známe příčinu samovolného potratu, můžeme se v dalším těhotenství zaměřit na prevenci. Podle Hudečka, Krajčovičové a Ventruby (2009, s. 77) je první samovolný potrat až z 90% důsledkem chromozomální odchylky většinou náhodně vzniklé a riziko opakovaní stejné změny je minimální, proto ženu komplexně vyšetřujeme až po další těhotenské ztrátě. Prevencí je zde důsledná diagnostika a léčba. Pro prekoncepční detekci faktorů vedoucích k potrat a následné adekvátní terapii se zvýší šance dalším potratům předejít (Zwinger, 2004, s. 2). Znovu je nutné upozornit, že životní styl ženy ovlivňuje zásadně průběh těhotenství a prenatální vývoj jejího dítěte.

Od dříve hojně využívané metody, kdy se preventivně prováděla cerclage od 2. trimestru gravidity, se v současnosti ustupuje, protože nebyly zjištěny významné přínosy (Binder 2006, s. 24).

2.8.1.1 Prekoncepční příprava.

Prekoncepční péči lze definovat jako soubor diagnostických a terapeutických opatření, jejichž cílem je optimální vývoj ženské i mužské pohlavní buňky a také příprava ženského organismu na bezproblémový průběh těhotenství. Někdy se používá pojem perinkcepční péče, která zahrnuje kromě prekoncepční péče i péči v raném postkoncepčním období (Brundage 2002, s. 2507).

Prekoncepční péče nebo prekoncepční příprava začíná před těhotenstvím a zahrnuje v sobě spolupráci jak gynekologa, tak ženy, která plánuje těhotenství. V případě chronického onemocnění ženy je žádoucí spolupráce gynekologa a dalších lékařů, kteří o ženu pečují. Gynekolog potřebuje mít jasnou představu o náplni prekoncepční péče a měl by být přesvědčen o její užitečnosti. K ženě se musí dostat informace, že plánování těhotenství znamená také absolvovat prekoncepční přípravu, včetně informace, co tato péče obnáší. Systém zdravotní péče by měl preferovat prevenci. Velmi důležitá je na prekoncepčním vyšetření i skutečnost, že umožňuje naplánovat vyšetření těhotné v I. trimestru těhotenství.

Faktory ovlivňující výsledek početí, lze rozdělit na faktory změnitelné a nezměnitelné. Změnit lze stav výživy, způsob zaměstnání, životní prostředí a styl, očkování, chronickou medikaci a momentální zdravotní stav. Mezi nezměnitelné faktory patří věk matky, genetická, reprodukční a osobní anamnéza. Nezměnitelné faktory však mohou vést k opatřením, která mohou mít pozitivní vliv na vývoj plodu a výsledek těhotenství (Hájek 2004, s. 148).

Je prokázáno, že prekoncepční suplementace kyselinou listovou snižuje výskyt defektů neurální trubice a rozštěpů rtu až o 75 %. Dále je prokázán vztah mezi nedostatkem kyseliny listové a jinými vrozenými vadami plodu, včetně srdečních vad, redukcí končetin, anomálií močového ústrojí, rozštěpů rtu nebo patra a vznikem některých trizomií. Nedostatek kyseliny listové je navíc doprovázen vyšším počtem předčasných porodů plodů s nízkou porodní váhou, opakovanými spontánními potraty, apod. Lidé nemohou tvořit kyselinu listovou, jsou závislí na jejím přísunu potravou a proto prekoncepčně doporučujeme zvýšit příjem kyseliny listové, ať už ve formě tablet či přírodní- listové zeleniny. K dalším ovlivnitelným těhotenským nutričním patologiím patří anemie z nedostatku železa.

V prekoncepčním období by bylo také ideální vyšetřit funkce štítné žlázy, což se v současnosti zatím nedaří a jako určitý kompromis je snaha vyšetřovat štítnou žlázu co nejdříve v těhotenství (Calda 2010, s. 29-30).

Přínosem nejen pro těhotné ženy, ale i ženy plánující těhotenství je zavedení plošného vyšetřování poruch štítné žlázy. Screening povede k včasné diagnóze a odpovídající léčbě poruch funkce štítné žlázy. Optimální dobou odběru je období před plánovanou graviditou, případně co nejdříve po zjištění gravidity. Bohužel, v současné době je tento screening pouze doporučen a není jednoznačné, zda-li se jím mají zabývat gynekologové nebo praktičtí lékaři v rámci preventivních prohlídek. Nastavení jednoduché a spolehlivé komunikace mezi těhotnou ženou, gynekology, endokrinology, porodními asistentkami a laboratořemi je v současné době jedním z nejproblematičtějších požadavků doporučeného postupu (Springer et al. 2009, s. 53).

Součástí prekoncepční péče by měla být porada o vhodné prekoncepční dietě a zde se otevírá prostor pro porodní asistentky pracující v ambulantní či komunitní sféře.

Před plánovaným početím je třeba také řešit sociální problémy či změnu pracovního prostředí (chemické provozy, rentgenové záření). Tato doba je rovněž vhodná ke skoncováním s nešvary jako je kouření, alkohol či drogy. Dítě by se mělo narodit do funkční rodiny, která je schopna zabezpečit jeho fyzický i psychický vývoj – i to je třeba řešit ještě před početím (Calda 2010, s. 29-30).

Atrash et al. (2006, s. 9) uvádějí, že s určitou formou prekoncepční přípravy je vhodné začínat v okamžiku nástupu fertilního období u žen. Doporučují, aby gynekologové s touto přípravou počítali a prováděli ji v rámci preventivních prohlídek co 2 roky, rovněž ve spolupráci s lékaři ostatních profesí, případně jinými kvalifikovanými odborníky. Také je kladen důraz na využití screeningových programů a očkování.

2.9 Komplikace po spontánním potratu

Komplikace mohou nastat hned při anestézii, kdy může dojít k alergické reakci na anestetikum, zvracení, případně vdechnutí zvratků, poruchy odbourávání léků, případně zástava srdeční. Tyto komplikace řeší okamžitě anesteziolog (Málek et al. 2011, s. 130). K časným komplikacím (do 6. týdne po potratu) řadíme podle Uzla (2007, s. 50) děložní rezidua a záněty. Rezidua po potratu, kdy v děložní dutině

zůstanou zadržené zbytky plodového vejce i přes provedenou revizi dutiny děložní, vyvolávají perzistující krvácení a je nutné tuto revizi opakovat, nejlépe ve cloně antibiotik. Závažnější komplikací je zánět v dutině děložní (endometritis), který může z dutiny děložní prostoupit na vejcovody, vaječníky a celou malou pánev včetně pobřišnice. Tento zánět je nutné co nejdříve a nejrazantněji přeléčit antibiotiky, infekce může vést k celkové sepsi, k septické embolizaci a až k příznakům septického šoku s následnou diseminovoanou intravaskulární koagulopatií, která může mít velmi fatální průběh. Nejčastější příčinou zánětu jsou anaerobní bakterie. Iatrogenní komplikací je poranění- perforace děložní stěny sondou, případně kyretou. Nejsou-li tyto komplikace včas a hlavně správně diagnostikovány a léčeny, mohou skončit letálně (Zwinger 2004, s.176).

K pozdním komplikacím řadíme opět záněty vnitřních rodidel, poruchy menstruačního cyklu, poruchy fertility (sterilita i infertilita) a endometriózu (Roztočil 2001, s 170) Ashermanův syndrom vzniká po opakovaných revizích dutiny děložní při poškození endometria. Toto endometrium je morfologicky změněno a dochází k adhezím v dutině děložní nebo vzácněji v děložním hrdle. Tento syndrom je častou příčinou následné sterility (Dan 2008, s. 760). Pozánětlivé změny adnex souvisí s vyšším výskytem mimoděložního těhotenství (Fylstra 2002, s. 538).

Velmi významné, avšak často opomíjené komplikace jsou komplikace psychické.

2.10 Role porodní asistentky

V případě hospitalizace plní porodní asistentka ordinace lékaře, sleduje krvácení, případně bolesti pomocí vhodné škály (například VAS), dbá na psychický i fyzický klid těhotné ženy. Edukuje těhotnou ženu o možných změnách, o nutnosti pravidelného močení apod. V případě, že u ženy dojde ke spontánnímu potratu, připraví porodní asistentka ženu k revizi dutiny děložní, odebere krev, zjistí krevní skupinu a Rh faktor, zajistí žílu. Po revizi dutiny děložní sleduje fyziologické funkce podle ordinace anesteziologa, krvácení a bolesti a opět plní ordinaci lékaře. Porodní asistentka musí po odeznění anestezie vstávat s pacientkou, protože může dojít k vazomotorickému kolapsu a tím pádu a zranění pacientky. Vše je nutno řádně zdokumentovat (Slezáková 2011, s. 152-156). V případě negativního Rh faktoru informuje lékaře a podle jeho ordinace aplikuje IgG anti-D preparát podle možností oddělení- např Igamad nebo Rhofylac (Lubušký 2013, s.133).

Velice důležitou, ale velmi často opomíjenou součástí ošetřovatelské péče je emocionální podpora ženy, která svůj stres, strach a obavy ventiluje nejen své rodině, ale také porodní asistentce. Porodní asistentka by měla ženě empaticky naslouchat a psychicky ji podporovat (Slezáková 2011, s. 152-156).

3 PSYCHICKÉ ASPEKTY PO SPONTÁNNÍM POTRATU

Potrat, ať už v 1. nebo 2. trimestru je nutné považovat za velmi emociální událost v životě ženy (Borrell a Stergiotou 2013, s. 492). Žena po potratu, ať už spontánním nebo indukovaném může pociťovat žal, lítost a výčitky. Stále se ptá, co mohla udělat jinak, aby potratu zabránila. Typickým projevem je hněv, který často směřuje na lékaře, případně na zdravotnický personál. Smutek a pláč k samovolnému potratu neodmyslitelně patří (Leifer 2004, s. 299).

Rue a Speckhard (1992, s. 96) zdůrazňují že psychologické účinky ukončení těhotenství by neměly být podceňovány. Mlčák (2005, s. 35) zařazuje psychické problémy po spontánním potratu mezi psychické krize u dospělých.

3.1 Postabortivní syndrom

Postabortivní syndrom (PAS) je specifickou formou širší diagnózy známé jako posttraumatická stresová porucha (PTSP) (Freedová, Salazarová 2008, s.15). PTSP je reakcí na extrémní traumatickou událost, která člověka ohrožuje na životě, zdraví nebo důležitých hodnotách. Typickými událostmi jsou zážitky z války (diagnostika této poruchy je známa z dob války ve Vietnamu), přepadení, znásilnění, havárie, přírodní pohromy (povodně), ale i traumatizující léčebné zákroky či zjištění život ohrožující diagnózy. (Praško 2005, s. 73). Podle Shalew, Blech a Ursáno (1990) se traumatickými mohou stát zdravotní události, které pacienta ohrožují na životě a nebo vedou k masivnímu stresu. U ženy, trpící postabortivním syndromem nacházíme celou řadu obtíží a příznaků, které se dostavují po prodělaném potratu. Jedná-li se o potrat umělý (interrupce), používá se pojem postinterrupční syndrom (Paulík, 2010, s. 69). Postižení se týká především žen, které potrat prodělaly, ale ohroženi PAS jsou také jejich muži a dokonce i zúčastnění lékaři a porodní asistentky, které o ženy pečují (Ucháčová 2000, s. 9). Postabortivní syndrom je určitá stresová reakce, jejíž nástup může nastat kdykoli od okamžiku potratu až do několika dalších let. Podobně jako je PTSP je i PAS podmíněn neschopností vyrovnání se s danou situací a s vyjádřením svých pocitů, které se vážou k těhotenství či k okolnostem kolem potratu. Ženy nejsou schopny dosáhnout vnitřního pokoje, odsunují a potlačují emoce a vytvářejí si určité obranné

mechanismy ke zvládání každodenního života, aby přežily (Freedová, Salazarová 2008, s.17).

Postabortivním syndromem se v 80 letech intenzivně zabýval Rue, popsal příznaky a uvedl, že PAS je svými příznaky konkrétní formou PTSP. Udává, že PAS by se měl brát jako konkrétní psychická porucha. PAS definoval jako konstelaci dysfunkčního chování a emocionální reakce po prodělaném potratu (Rue 1995, s. 20). Rue ani Speckhardt (1992, s.96) ve svých pracech nerozlišovali, jestli žena potratila samovolně a nebo podstoupila umělé ukončení těhotenství.

Naopak ovšem někteří autoři, například Lee (2001) tvrdí, že neexistuje žádný přesvědčivý důkaz o PAS a odvolává se přitom na starší práce Spectera (1990) a Stotlanda (1992). Dadlez a Andrews (2010, s. 450) tvrdí, že PAS neexistuje a psychologové, kteří se PAS zabývají (například Reardon) ženám jen škodí. Koop došel k závěru, že z hlediska veřejného zdraví jsou psychické následky po potratu (umělém i samovolném) zcela nepatrné (Cohen, 2006).

3.1.1 Možné příznaky postabortivního syndromu

Příznaky PAS se nemusí projevit bezprostředně po prodělaném potratu, ale mohou se vyskytnout i po několika letech, kdy si už nikdo nedá obtíže do souvislosti s prodělaným potratem. Někdy se stává, že určitá situace, případně určitý konkrétní člověk spustí PAS- jako by někdo a nebo něco stisklo knoflík, který najednou uvolní pocity a myšlenky, o kterých je žena přesvědčena, že dávno pohřbila. Nejběžnějšími spouštěči jsou lidé nějakým způsobem zainteresovaní (lékař, porodní asistentka) nebo věci, které připomenou událost potratu (novinový článek, výročí početí, výročí narození, svátky, věci, které připomínají těhotenství, i nepříjemné- zvracení, miminka apod) (Freedová, Salazarová, 2008, s. 18). Ucháčová udává, že se duševní zranění při PAS podobá časované bombě, která, může kdykoli vybuchnout (Ucháčová 2007, s. 9).

Podle Freedové a Salazarové (2008 s. 18-19) k obecným příznakům společným PTSP a PAS řadíme zneužívání alkoholu nebo drog (obvykle proto, aby člověk unikl z reality nebo utlumil bolestné emoce, velice často skončí závislostí. Sama závislost i její případná léčby veškeré příznaky jen znásobí), zlost (často zevšeobecněná nebo konkrétně zaměřená na ty, kteří byli do události nějak zapojeni, někdy i proti své vůli), úzkost, která je většinou nespecifická, a nebo se vyskytuje

ve formě záchvatů paniky, která se velice často projevuje v souvislosti se spánkem, krátké psychotické příhody (např. ztráta kontaktu s realitou, které může trvat několik okamžiků, ale i několik dní, často s amnézií). Dalšími příznaky mohou být popřené nebo potlačené emoce, kdy je dotyčný člověk odsouvá, deprese, negativní pojetí sebe sama (vlastní hodnoty, obrazu, který si člověk o sobě vytváří, silné podceňování aj), narušení vztahů, které s projevuje vzrůstající neschopností být v osobních nebo společenských vztazích s přáteli a rodinou (opakované rozpadání partnerských vztahů, odchod z pracovních kolektivů apod), pocity bezradnosti a bezmoci, zármutek, často silný a nevysvětlitelný, ať už konkrétní nebo neurčitý, pocity viny, izolace (vyhledávání samoty a časté pobývání o samotě), noční můry, záblesky minulosti, nejen ve spánku, panika, případně pocit, že nemám věci pod kontrolou, lítost, psychická otupělost (snížená schopnost prožívat jakoukoli emoci), výčitky svědomí a sebevražedné myšlenky, případně i činy.

Praško (2003, s. 35) ještě připojuje jako typický příznak automatické rozvzpomínání se na trauma často ve formě záblesků, někdy ve formě děsivých snů, někdy naopak dojde k náhlému znovuprožití emocí a vegetativních příznaků bez přítomnosti vzpomínek na traumatickou událost. Postižený je zaskočen bez vnější příčiny silnou úzkostí, strachem či smutkem, pláčem, bušením srdce, lapáním po dechu, bolestí apod. Tyto náhlé záchvaty se mohou objevit opakovaně.

K těmto příznakům se ještě přidávají zcela specifické symptomy PAS jako výroční syndrom, což znamená, že kolem výročí potratu a nebo očekávaného data porodu se symptomy náhle zvýrazní, případně může dojít k jejich nárůstu, stejná situace platí například o Vánocích. Velice častými symptomy je strach z neplodnosti (případně se ženy snaží otěhotnět co nejdříve a neúspěchem se strach prohlubuje) a vyhýbavé chování- ženy se vyhýbají určitým osobám, například těhotným známým, malým dětem, osobám s kočárky, případně i zdravotníkům, místům, které žena jako těhotná navštívila a nebo na příklad vaginálnímu vyšetření, které může spustit emoce spojené s potratem. Jinými symptomy jsou poruchy příjmu potravy, ať už je to přejídání, preference ke sladkému a tím tloustnutí, nebo naopak extrémní hubnutí, což „ochrání“ před možným dalším těhotenstvím. Poruchy příjmu potravy mohou vyjadřovat nenávist k sobě samé. Dalšímu příznaky, které se mohou objevit, je neschopnost vytvořit si pouta k vlastním dětem, psychosexuální poruchy (neschopnost být sexuálně aktivní, předstírání v sexu) a náhlé záchvaty nekontrolovatelného pláče. Rue (1995, s. 90) k příznakům PAS přidává ještě pocity

zmaru, beznaděje, smutku, utrpení, či pocity utrpení, ztrátu sebedůvěry, nedůvěru nejen v sebe sama, ale i v lékaře a to jak v konkrétního lékaře, se kterým se žena setkala, tak v lékaře obecně; vlastní odsuzování se, které může být spojeno až se sebepoškozováním a problémy s komunikací a to různé intenzity. Ucháčová (2007, s. 9) doplňuje tyto symptomy ještě o přehnanou aktivitu a nutkavé znovuprožívání potratu. Goméz a Zapata (2005, s. 270) na základě svého zkoumání přidávají ještě opakované noční můry a přetrvávající děsivé sny. Podle Praška (2005, s. 73) se deprese rozvíjí až druhotně. Mezi další druhotné příznaky patří i komplikace z užívání drog či pití alkoholu (jaterní choroby, úrazy, alkoholová epilepsie, vředová choroba žaludku, psychické potíže apod).

3.1.2 Ženy ohrožené PAS

Teoreticky je PAS ohrožena každá žena, která prodělala potrat, ať už samovolný a nebo umělý. Pokud žena nečelí svým emocím, netruchlí nad svoji ztrátou, začne se rozvíjet PAS. Také typ osobnosti a okolnosti hrají důležitou roli v tom, jak žena nakládá se situacemi ztráty ve svém životě. (Freedová, Salazarová 2008, s.20). Podle Praška (2005, s. 73) jsou výrazně více ohroženy ženy, které v době traumatické události již trpěly nějakou ztrátou a kterým chyběla podpora. Podle Fredové a Salazarové (2008, s. 21) jsou rozvinutím příznaků PAS více ohroženy ženy mladistvé, bezdětné, ženy, které absolvovaly potrat ve druhém trimestru těhotenství, u umělého potratu ženy, pro které interrupce znamená konflikt hodnot a které byly k interrupci přinuceny. Rizikovým faktorem je také přítomnost úzkostných poruch nebo depresí v rodině (Praško 2005, s.73).

Naopak se s PAS nejlépe vyrovnávají ženy, které mají možnost ventilovat své pocity, sdílet je, hovořit o své situaci a pocitech s blízkými osobami a které se obecně velice dobře přizpůsobují měnícím se životním okolnostem (Praško 2005, s 73).

3.1.3 Úrovně působení PAS

Oblasti působení PAS jsou neoddělitelné a vzájemně propojené, ale přesto je můžeme rozdělit na úroveň psychických, emocionálních, fyzických, vztahových, sexuálních či duchovních konfliktů. Na úrovni psychického konfliktu ženy psychicky strádají hlavně proto, že bylo zraněno či dokonce ztraceno jejich sebepojetí jako matky, jako ženy. Někdy tyto ženy hledají naplnění v milostném stavu velice

obtížně, někdy se jejich partnerský vztah zcela rozpadá, jindy mívají sklony k promiskuitě- stále hledají a stále nenacházejí naplnění své role.

Na úrovni emočních konfliktů mají někdy ženy pocit, že se musí od svých pocitů násilně oprostit a své emoce potlačují. Někdy zažívají pocity jako na houpačce, kdy vše prožívají v silné intenzivní formě a následně v otupělosti. Silný strach, vztek, deprese, vše může vybuchnout v nevhodnou dobu a znesnadní ženě život. Každé těhotenství ovlivňuje emoce ženy a když těhotenství skončilo potratem, emoce jsou velmi silné a rozkolísané.

Do úrovně fyzických konfliktů patří zdravotní problémy po kyretáži jako například bolesti břicha, infekce, výtoky, nepravidelný menstruační cyklus apod. Můžeme sem zařadit i poruchy příjmu potravy, ať už vědomé či nevědomé a poruchy spánku.

Všichni lidé jsou duchovní bytosti a mají své duchovní potřeby. Na úrovni duchovních konfliktů se některé ženy se upnou ke svému vztahu s Bohem, některé naopak obracejí svůj hněv proti Bohu a Boha opouštějí. Dále vznikají i vztahové konflikty, kdy ženy mohou mít problémy se vztahy s mužem. Jejich hněv se může proti němu, zvláště, je-li muž necitlivý k emocím ženy. Tyto konflikty úzce souvisejí s psychickou úrovní konfliktů a se sexuálními a vztahovými konflikty, kdy se někdy ženy své sexuální pocity snaží úplně vytěsnit ze svého života (Freedová, Salazarová 2008, s. 42-52).

3.1.4 Léčivé kroky k uzdravení

Jednotlivé kroky nemusí jít po řadě za sebou, případně se mohou překrývat a nebo se nemusí projít všechny.

- Vystoupení z temnot- přestat popírat. Žena se musí potýkat s realitou a popírání je legitimním mechanismem a efektním způsobem, jak v daném momentu přežít. Žena si musí uvědomit, že potrat a jeho okolnosti ovlivnil její život. Musí tento pocit a tuto informaci zpracovat.
- Poznání svých skutečných pocitů skutečných ztrát- žena potřebuje poznat, jaké má skutečné ztráty spojené s potratem a měla by popsat své skutečné pocity. Tím se postupně uzavře minulosti a může fungovat v přítomnosti
- Přestat s neúčelným jednáním- neúčelné jednání je činnost, případně činnosti, které žena dělá, aby potlačila svou bolest- velice důležité je toto jednání rozpoznat a potom si uvědomit, že jej musí přestat používat

- Odemknout dveře viny- ženy se často viní ze situace, která nastala. Stydí se za to, že selhala jako žena, jako matka. Je nutné, aby se rozhodla vyjít ze stínu této viny a začala žít ve zdravých mezích. Tento pocit viny vzniká nejen po prodělané interrupci, ale i po samovolném potratu.
- Sundat pokličku- žena by se měla naučit vyjádřit a vyjadřovat své emoce, případně svoji bolest a nestydět za to.
- Nepodléhat a nepodlehnout depresi- ženy by se měly naučit postabortivní depresi nepodléhat, protože je okrádá o plnohodnotný život
- Smířit se – oplakat ztrátu, nechat proběhnout proces truchlení, ale tuto kapitolu uzavřít.

  (Freedová, Salazarová 2008, s.61-160)

Lebdušková (2014, s. 102) jako poslední krok popisuje, že si žena prožívá vnitřní pokoj, naslouchá a diskutuje o potratu bez emočních úzkostí, normálně se vrací do běžného života a veškeré symptomy PAS odezněly.

3.2 Ozdravný proces

Procesem uzdravování rozumíme zapracování smutku neboli propracovávání se procesem truchlení. Ozdravný proces zahrnuje truchlení nad ztrátami, mnohdy i popíranými.

3.2.1 Truchlení

Truchlením nazýváme prožívání emočního utrpení, které následuje po ztrátě někoho nebo něčeho důležitého (Freedová, Salazarová 2008, s. 62). Truchlení je proces, při kterém se člověk vyrovnává s bolestnou ztrátou. Nemusí to být pouze smrt blízkého člověka, ale třeba i rozchod s partnerem, ztráta nenarozeného dítěte, ztráta něčeho pro člověka velmi důležitého. Tento proces je ovlivněn zvyky a kulturou dané společnosti. Truchlení v žádném případě není synonymem pro depresivní stavy. Truchlení je samovolný přechodový proces, který se zakládá především na vzpomínkách (Baštecká 2009, s. 405). Podle Špatenkové je truchlení normální rekce na nenormální situaci (Špatenková 2013, s. 48). Hartl a Hartlová (2010, s. 626) definují truchlení jako reakci, která provází ztrátu někoho nebo něčeho blízkého. Truchlení je proces vyrovnávání se s danou situací. Doba truchlení je závislá na síle vazby ke ztracenému objektu a na osobnosti truchlícího. Baštecká (2013, s. 54)

rozlišuje truchlení jako chování a zármutek jako prožitek, i když oboje řadí mezi reakce na ztrátu významné hodnoty. Truchlení představuje určitý způsob zpracování zármutku, v němž se tento zármutek mění. Intenzita a délka je určována mnoha faktory- některé průběh truchlení usnadňují, jiné jej naopak komplikují. Na truchlení je zapotřebí nejen dostatek času, ale je velmi důležité, aby tento čas byl respektován i okolím truchlícího. Každý člověk má tento čas individuální.

Zármutek představuje odklon od normálního stavu zdraví a pohody a může být definován jako osobní zkušenost ztráty, kdežto truchlení je proces, který následuje po ztrátě (Lesley 1996, s. 24).

Psychologie se snaží proces truchlení vysvětlit na základě teorií emocí, učení, vazby, případně na základě psychoanalytických teorií (například zaměření se na intrapsychický proces truchlení) (Baštecká 2009, s. 405).

3.2.1.1.Nekomplikované truchlení

Nekomplikované truchlení můžeme označit jako takzvaný normální zármutek. Lesley (1996, s. 24) za projevy normálního zármutku považuje smutek, jenž je nejběžnějším projevem, který pociťuje každý truchlící, otupělost, s ní souvisí nedostatek cítění a hněv - bolest se velice často projevuje hněvem, který vychází z pocitu frustrace. K dalším projevům se řadí vina a sebeobviňování, velice často iracionální, úzkost, která se může vyskytovat ve více formách, v různé intenzitě, od mírné až do panických záchvatů a výbuchů, apatie, únava, lhostejnost, pocity opuštěnosti, případně šok. Špatenková (2013, s. 49) definuje normální smutek jako široké spektrum nejrůznějších psychických prožitků a způsobů chování, které lze rozpoznat u truchlícího.

Truchlení doprovází nejrůznější pocity jako například sklíčenost, pocit chladu a třesu, deprese, osamělosti, roztržitosti a nesoustředění se, narušení stravovacích návyků, po těhotenské ztrátě nebo po úmrtí dítěte pocit prázdné náruče. Všechny tyto pocity jsou normální, a pouze jejich délka nebo intenzita je činí abnormálními (Freedová, Salazarová 2008, s. 62). Podle Špatenkové (2013, s. 49) jsou normální reakce truchlících zapomnětlivost, snížená koncentrace, návaly pláče, poruchy spánku, poruchy v intimních vztazích, případně pocit „nepřítomnosti duchem“ a zmatenost. Lesley (1996, s. 24) definuje nejčastější fyzické symptomy, které doprovázejí truchlení jako pocity prázdného žaludku, sevření na hrudi a krku,

dušnost, přecitlivělost na hluk, slabost svalů, nedostatek energie, sucho v ústech, poruchy spánku, ať už jsou to problémy s usínáním, brzké probouzení a nebo pocit nekvalitního spánku, poruchy chuti k jídlu a to jak nechutenství, tak přejídání a sdružené problémy s chováním, například sociální stažení se do samoty, kdy člověk nechce nikoho vidět, a nebo se naopak může vyskytnout neklid a hyperaktivita.

Truchlení je samozřejmě proces vysoce individuální, a jedinečný, přesto lze však vysledovat určitou podobnost v základních rysech. Fáze truchlení lze tedy popsat (Macková 2006, s. 128). Různí autoři předkládají různé členění procesu truchlení. Někteří, jako například Lesley (1996, s. 24) nebo Kastová (2000, s. 79) preferují čtyři fáze a to:

1) Období otupělosti, které probíhá krátce po ztrátě a někdy dovolí pozůstalému, aby si po určitou krátkou dobu neuvědomoval svou ztrátu, a těmto myšlenkám se vyhýbá nebo je popírá
2) Období touhy po nedosažitelném. Velmi často je ztráta v tomto stádiu popírána a největší roli zde hraje zlost. Pozůstalý se ptá - proč já, proč se to stalo jemu nebo jí a často se zlobí na lékaře, někdy i na sebe. Kromě zlosti se setkáváme s psychickou bolestí, hněvem, strachem neklidem, pocity viny, úzkostí, a jinými chaotickými emocemi, ze somatických potíží s poruchami spánku
3) Období dezorganizace, beznaděje, hledání, odpoutávání se od ztráty
4) Období nového vztahu k sobě- člověk přijal trvalou ztrátu do svého života, zreorganizoval své chování a ztrátě se určitým způsobem přizpůsobil

Jiné autorky, jako například Špatenková (2008, s.53) nebo Alexandrová (2009, s. 32) používají pouze třífázový model truchlení:

1) Fáze konfuze, šoku - krátké období otřesu a zmatku
2) Fáze exprese, akutního dyskomfortu - období intenzivního zármutku a žalu s intenzivními emocemi a somatickými poruchami
3) Fáze adaptace, restituce- reorganizace a návrat k normálnímu životu

Žádná z těchto fází nemá pevně vymezené hranice a volně přechází jedna do druhé.

Kdy truchlení začne, jak dlouho bude trvat, jaký bude mít průběh a kdy skončí, záleží na mnoho okolnostech, například na osobnosti nebo věku. Různí lidé se vyrovnávají

s truchlením odlišně (Špatenková 2013, s. 100). Rovněž záleží na ztrátě, pro kterou člověk truchlí- jinak bude truchlení probíhat po smrti blízkého člověka, jinak po rozchodu s partnerem a jinak po nenarozeném dítěti (Látalová, Kamarádová a Praško 2013, s. 183).

3.2.1.2 Komplikované truchlení

Kromě přirozeného procesu truchlení se mohou objevit také komplikované procesy truchlení. Komplikované truchlení je proces spojený se změnami, mnohdy i velice závažnými, na emoční, tělesné a kognitivní úrovni a se změnami chování. Hranice mezi normálním truchlením a patologickými projevy truchlení, které již znamenají psychickou poruchu a vyžadují odbornou pomoc, jsou mnohdy zcela nejasné i pro zkušeného odborníka (Látalová, Kamarádová, Praško 2013, s. 183). Varováním může být intenzita zármutku- velmi silný či dlouhodobý zármutek, ale třeba i naprostá absence žalu. K patologickým reakcím na ztrátu patří potlačená nebo opožděná reakce, případně hluboká deprese či chronická reakce, kdy intenzivní truchlení trvá léta, excesivní reakce, například ve formě vystupňované úzkosti až fobie, záchvaty paniky, sebevražedné pokusy a zneužívání alkoholu či léků (Soukupová, 2006). Podle Špatenkové (2013, s. 37) jsou známkami komplikovaného truchlení deprese, závislost hlavně na alkoholu, ale i na lécích, fobie, záchvaty paniky, sebevražedné tendence nebo i pokusy, a projevy duševních poruch, například halucinace. Podle Látalové, Kamarádové a Praška (2013, s. 183) se příznaky komplikovaného truchlení projevují velmi silným žalem, tendencí k izolaci, problémy s fungováním v rodině i v zaměstnání. Nutno mít ale na zřeteli i časovou stránku, například brzy po ztrátě je žal velmi silný, ale postupem času jeho intenzita klesá.

3.2.1.3 Léčba komplikovaného truchlení

Především je nutné odlišit normální proces nekomplikovaného truchlení od truchlení komplikovaného. Terapeut by neměl zasahovat do probíhajícího procesu truchlení, pokud ho pacient nepožádá. Pokud pacient vyhledá pomoc terapeuta, pak většinou stačí podpůrná psychoterapie, kdy terapeut pomáhá pacientovi ztrátu zpracovat a podpoří ho v ujasnění si nových rolí v životě. Komplikované truchlení již vyžaduje systematickou terapii, kdy se terapeut snaží převést patologický proces truchlení

na nekomplikovaný (Látalová, Kamarádová, Praško 2013, s. 184-186). Pokud je smutek komplikován depresí, je na místě podávat antidepresiva, stejně jako při komplikaci posttraumatickou stresovou poruchou nebo jinou úzkostnou poruchou. Zde je nutná úzká spolupráce psychoterapeuta a psychiatra (Praško, Kamarádová 2012, s. 40).

3.3 Pomoc při PAS

Zásadní místo zde má osoba, které se žena může svěřit. Je jedno, jestli je to manžel, rodiče, přítelkyně nebo psycholog, důležité je, aby žena měla možnost říct někomu o svých pocitech, problémech a trápeních. První pomoc je založena na trpělivém a upřímném vyslechnutí člověka, který projeví přání. Pokud je nutno, odkážeme ženu na odbornou pomoc. Používáme-li farmakoterapii, je důležité nepřerušovat léčbu. Léčba antidepresivy nebo výjimečně anxiolytiky je nutná 3-6 týdnů, tyto léky nemusí předepisovat psychiatr, ale praktický lékař. Je ovšem nutné ženě vysvětlit, že má-li být léčba účinná, musí trvat nejméně 3 týdny, při předčasném ukončení se potíže zase vrátí. Vyhledá-li ženy psychologa, může jí nabídnout jak individuální, tak skupinovou terapii, ale i zde je vhodné absolvovat několik sezení podle potřeby, nejčastěji během 6 týdnů. Psychoterapeut by měl být dostatečně trpělivý a netlačit ženu k přílišným detailům předčasně. Je důležité, aby si žena odžila veškeré emoce spojené se ztrátou dítěte, terapeut by je proto neměl tlumit, ale naopak podporovat (Lebdušková 2014, s. 21).

3.4 Posttraumatický růst

Tvrzení, že trauma nemusí znamenat výlučně bolest, se může zdát necitlivé. Ovšem skutečnost, že boj s krizí může vyústit ve změnu osob vysoce pozitivním způsobem, již došla i ve vědeckých kruzích k uznání. Traumatem je zde míněna jakákoli krize, závažné události či náročné životní okolnosti, může se jednat ztrátu milovaného člověka, rozchod s partnerem, ztrátu nenarozeného dítěte, ztrátu zaměstnání, vážnou nemoc apod (Preiss 2009, s. 12). Posttraumatický růst lze definovat jako zásadní pozitivní změnu v jedincově chování a prožívání charakterizovanou vyšší úrovní adaptace, odolnosti a postojů k životu vyvolanou silným stresem (Paulík 2010, s.75). Mareš (2012, s. 37) používá termín posttraumatický rozvoj a definuje ho jako

pozitivní změny, které se u člověka objevily po vyrovnání se se stresovou-traumatickou situací. Některé změny si člověk uvědomuje hned, některé až s odstupem času. Některých změn si člověk ani nemusí být sám vědom a nejdříve si jich všimne okolí, některé naopak nejsou okolím zaznamenány a uvědomuje si je pouze daný jedinec. Podle Tedeschiho, Parkové a Calhouna (1998, s. 3) s posttraumatickým rozvojem rozumí taková změna, při které se člověk dostává nad svou dosavadní úroveň psychologického fungování. Posttraumatickým růstem nazýváme nejen probíhající děj, proces, ale i výsledek, který se může dostavit po různě dlouhém časovém období (Mareš 2012, s. 45). S posttraumatickým rozvojem je negativně asociována také určitá míra deprese, úzkosti a případně existence dříve diagnostikované duševní poruchy či předchozího prožitého traumatu (Slezáčková 2012, s. 202).

Podle Preisse (2009, s. 12-13) se posttraumatický růst projevuje v pěti oblastech. První oblastí jsou vztahy s druhými lidmi (např. větší zapojení jiných lidí do vlastního života, větší empatie, pocit sounáležitosti apod). Druhou oblastí jsou nové životní možnosti (např. objevení nových oblastí zájmů, lepším časovým managementem, napřením vůle k věcem, které je nutné změnit apod). Do třetí oblasti počítáme osobnostní růst (zvýšený pocit sebedůvěry), do čtvrté spirituální změnu (například větší zájem o duchovní oblast, někdy zesílení, ale i zeslabení víry apod). Poslední oblastí je ocenění života, kde se růst projevuje například úvahou o podstatných věcech v životě. Všechny tyto oblasti se navzájem prolínají, případně se nemusí u člověka projevit všechny.

V obecné rovině můžeme konstatovat, že posttraumatický růst závisí především na subjektivním prožitku dané události a na uvedených způsobech a procesech zvládání daleko více, než na objektivním charakteru události. V posttraumatickém růstu hrají nevětší roli individuální osobnostní charakteristika, předchozí zkušenosti, zvládací strategie, ale také sociální podpora- tedy stejné faktory, které určují míru citlivosti vůči traumatické zkušenosti (Vodáčková 2012, s 364).

3.5 Osobnost a zvládání zátěže

Výzkum zvládání zátěže bývá často spojený s výzkumem stresu. Faktory, které ovlivňují zvládání zátěže, můžeme rozdělit na faktory biologické, například věk, pohlaví apod, faktory osobnostní a faktory sociální. Z biologických faktorů, které

snižují schopnost zvládat zátěž, můžeme jmenovat například nemoc, těhotenství, premenstruační syndrom, případně denní rytmus. K sociálním faktorům řadíme sociální podporu, zaměstnání, zájmy. Určité osobnostní charakteristiky predisponují k určitému stylu hodnocení a zvládání stresu, vedou k odlišné míře zranitelnosti. Rizikové faktory, které vedou k horšímu zvládání zátěže rozdělujeme na vnější (sociální klima, prostředí, socioekonomická situace) a vnitřní (zranitelnost, plačtivost, přecitlivělost, výbušnost apod) (Lebdušková 2014, s. 28). Uzel (2008, s.25) definuje zvládání zátěže jako proces řízení faktorů, které jsou člověkem při zátěži hodnoceny jako ohrožující. Coping je obecně chápán jako úsilí zvládnout podmínky, které vyžadují nebo přesahují míru adaptačních schopností jedince. Coping na rozdíl od adaptace platí pro nezvyklé, extrémní situace. Copingové strategie jsou vhodné způsoby zvládání zátěže. Tyto způsoby jsou dobře sledovatelné, ale do obrany proti stresovým vlivům nesporně musíme zařadit též nevědomé obranné mechanizmy, které definoval již více než před stoletím Sigmund Freud. Obranné mechanismy ale nejsou považovány za plnohodnotný coping, protože v nich nejde o skutečné řešení situace (Večeřová-Procházková, Honzák 2008, s. 191). Mezi obranné mechanismy patří například vytěsnění či popření, což je jednoduchá obrana, kdy dotyčný nechce uznat nebo vnímat nějakou frustrující skutečnost; zavře před ní oči, percepční obrana (obrana ve vnímání) - snížení citlivosti vůči takovým informacím, o které nestojíme, přemístění, kdy nepříjemné emoce jsou přesunuty k náhradnímu objektu, represe (potlačení), které znamená, že znepokojující pohnutky nebo myšlenky jsou odstraněny z vědomí, aby nezpůsobovaly úzkost. Disociace chrání člověka před bolestí a hrůzou a doslova mu umožňuje přežít. Projevuje se depersonalizací (pocit, že se na sebe dívám zvenčí), derealizací (okolí je neskutečné), amnézií (ztrátou paměti) a časovou distorzí (změnou vnímání času) (Paulík, 2010, s. 77).

Kognitivně behaviorální přístup vychází z myšlenky, že daný problém není něco samostatně existujícího, ale že je podstatné , jak se k němu jedinec postaví. Vědomé postupy se mohou zaměřit jednak na vlastní samotný problém a jeho řešení, a nebo na reakci organizmu. Zcela optimální je, pokud se zaměří na obojí (Večeřová-Procházková, Honzák 2008, s. 191).

Copingové strategie se dělí na ty, které se zaměřují na problém, na ty, které se zaměřují na emoce a na orientaci na únik (spánek, alkohol, drogy apod). Někteří autoři, například Blatný (2002, s. 102) považují za vlastní coping pouze zvládání

zaměřené na problém, zatímco zvládání zaměřené na emoce považují za obranný mechanismus. Naopak Baštecká (2001, s. 168) takový přístup nepokládá za zcela přesný, podle jejího názoru se tímto dělením znehodnocuje svébytná povaha obranných mechanismů.

Mezi copingové strategie zařazujeme například schopnost zůstávat autentický a být v kontaktu se svými pocity, schopnost ulevit si pláčem, hněvem, být schopen orientovat se ve svých pocitech a respektovat pocity druhých, sdílení v rámci mezilidských vztahů, sdělování vlastních pocitů a schopnost být u toho, když má tuto potřebu blízký člověk, dobrý kontakt s tělem a kontakt s vlastními potřebami, naplnění vlastních opomíjených potřeb, které snižuje dopad traumatizující události, vědomí vlastních hranic. Obecně lze říci, že pokud má člověk nějakou vyzkoušenou copingovou strategii, při další příležitosti ji použije jako první (Večeřová-Procházková, Honzák 2008, s.191).

4 FORMULACE PROBLÉMU

Odborná veřejnost, lékařská i psychologická věda věnuje jen velmi malou pozornost psychologickým aspektům spontánního porodu. Obecně je z psychologického hlediska malá pozornost věnovaná těhotným ženám obecně, zdá se, jako by byly stále tabu. Pozornost je věnována neplodným ženám, nikoli párům, přestože o neplodnosti hovoříme vždy u páru. Praxe si snad vynutila dobrý popis reakce na perinatální úmrtí, ale ženy, které prodělaly spontánní potrat, ať už pouze jeden či potratily opakovaně, jsou zcela na okraji zájmu (Čepický, Líbalová 2007, s. 101). Protože se autorka této práce ve své praxi téměř denně setkává se ženami, kterým hrozí samovolný potrat, nebo se s ním už setkaly, a vidí, že jim po psychologické stránce není věnována správná a dostatečná pozornost, zaměřila svou práci na problematiku subjektivního prožívání žen. Pochopení pocitů a potřeb těchto žen může pomoci ke zvolení vhodného přístupu k ženě nejen porodním asistentkám, ale i lékařům.

4.1 Cíle výzkumu

Cílem výzkumu bylo zjistit a popsat prožívání žen po samovolném potratu. Dalším cílem bylo identifikovat potřeby žen po samovolném potratu a způsoby zvládání zátěže. Posledním cílem bylo zformulovat náměty a doporučení týkající se zkvalitnění péče o tyto ženy pro porodní asistentky (v ústavní i komunitní péči).

4.2 Charakteristika souboru

Kritéria výběru zařazení do souboru byla: ženy starší 18 let, které prodělaly samovolný potrat v posledních 3 letech a souhlasí s rozhovorem.

Výzkumný soubor tvořilo 9 žen, které prodělaly samovolný potrat v posledních 2 letech. Věkové rozmezí se pohybovalo od 25 do 36 let. Všechny ženy prodělaly samovolný potrat v prvním trimestru, u všech se jednalo o první samovolný potrat. Všechny otěhotněly spontánně, žádná nepodstoupila IVF+ET. Jedna žena původně chtěla podstoupit UPT. Jedna participantka měla v době rozhovoru už další dítě a jedna byla těsně před porodem dalšího dítěte.

4.3 Metodika

Vzhledem k citlivosti tématu byla zvolena kvalitativní metoda. Při kvalitativní analýze dat jde především o systematické organizování s cílem odhalit témata, pravidelnosti, kvality a vztahy (Šeďová 2010, s.207). Jde tedy o nestatistické zpracování získaných informací, které umožňuje nahlédnout hlouběji pod povrch zkoumaných faktorů (Hendl,2005, s.43).

Bylo předpokládáno, že kvalitativní analýzou a případnou interpretací získaných informací, bude možno alespoň částečně porozumět prožívání žen po spontánním potratu. Získané informace by pak mohly býti využity pro práci s těmito ženami v nemocnicích i v komunitní péči, případně ke tvorbě edukačních materiálů.

4.4 Sběr dat

Původně měly být participantky vybrány tzv. záměrným výběrem přes instituce, což znamená, že k jejich vyhledání a kontaktování by bylo použito jejich spojení s určitou institucí (Miovský 2006, s. 138). Prvotním záměrem byla spolupráce s Poradnou pro ženy a dívky, ale vzhledem k ukončení její činnosti z finančních důvodů nebyla tato spolupráce možná. Dále byla zvažována možnost spolupráce s místním gynekologicko-porodnickým oddělením, která byla ale ústně vedením přímo zamítnuta, proto nebyla ani podána žádost. Participantky byly získány metodou sněhové koule (výběr nabalováním), kdy výzkumníkem byla oslovena známá osoba v blízkém okolí, která splňovala kritéria výzkumu, a tato osoba oslovila další jí známé potenciální participantky. Takto bylo získáno všech 8 participantek. Všechny respondentky nejprve ústně souhlasily s rozhovorem a následně podepsaly informovaný souhlas.

Všechny rozhovory probíhaly individuálně s použitím nahrávacího zařízení. Jeden rozhovor byl uskutečněn v domácím prostředí respondentky na její vlastní přání vzhledem k péči o malé dítě, ostatní rozhovory byly provedeny v neutrálním prostředí. Rozhovory byly uskutečněny v období listopad 2013 až září 2014, rozhovory trvaly cca hodinu. Pro sběr dat v tomto výzkumu byla použita technika polostrukturovaného rozhovoru.

4.5 Zpracování dat

Z nahrávacího zařízení byly všechny rozhovory autenticky a detailně přepsány do textového procesoru MS Word. Z nahrávacího zařízení byly rozhovory vymazány a v rámci zachování anonymity byly osoby v textu přejmenovány.

K analýze získaných dat byly využity některé techniky zakotvené teorie. Nejedná se o vytváření zakotvené teorie, ale pouze o vytváření kategorií a subkategorií pomocí otevřeného a axiálního kódování (Strauss, Corbinová 1999, s. 79, 85). Text byl postupně opakovaně pročítán, analyzován. Podstatné části, které se týkaly výzkumného problému byly barevně zvýrazněny. Axiální kódování navazovalo na otevřené kódování – byla provedena kategorizace získaných údajů. Z analýzy dat vzešel výstup v podobě vytvoření kategorií a následně subkategorií. Doslovné citáty particiopantek, které byly použity, jsou v práci psány kurzívou.

4.6 Výsledky

Bylo vytvořeno celkem 5 kategorií. První 3 kategorie byly uspořádány z časového pohledu, další byly samostatné kategorie podpora po potratu a potřeby žen. Na kategorii potřeb navazuje doporučení pro praxi. Všechny kategorie byly rozděleny na subkategorie

Tab.1

Kategorie	**Subkategorie**
Období před potratem	Postoj k těhotenství Prožívání počátku těhotenství
Období vlastního potratu	Tělesné pocity Duševní rozpoložení Podpora
Období po potratu	Období v nemocnici Období doma Období později
Podpora po potratu	Podpora partnera Podpora rodiny Jiná podpora Podpora zdravotníků
Potřeby žen	Potřeba sdílení pocitů Potřeba informací Potřeba podpory zdravotníků

4.6.1 Období před potratem

V první kategorii byly vytvořeny 2 subkategorie: postoj k těhotenství, jestli bylo chtěné, nechtěné, plánované apod a prožívání počátků těhotenství, například těhotenské nevolnosti apod.

a) Postoj k těhotenství

Všechny oslovené ženy se ve vzpomínkách vrátily ke svému předčasně ukončenému těhotenství, do doby před otěhotněním, ke svým pocitům a postojům k případnému těhotenství. Některé měly ke svému případnému těhotenství rozporuplný vztah. Roli zde sehrálo i to, zda už měla oslovená žena dítě. …*Původně jsem už ani další dítě nechtěla… Ale pak to nějak přišlo. Ani mne Kamil nemusel moc přemlouvat. Domlouvali jsme se, že nejdřív se vezmeme a pak si pořídíme dítě. …* (paní Katka). *... Chtěli jsme druhé dítě, ale až tak za rok…* (paní Pavla). Další roli zde hrál věk respondentek… *tak jsme si řekli, že proč ne, vždyť už mi bylo přes 30…* (paní Lenka). ..*No, my jsme si tak nějak řekli, že bychom to zkusili. Já jsem brala antikoncepci, brala jsem ji s malými přestávkami vlastně od 20 let a už jsem si říkala, že bych mohla mít rodinu. ..Ne, že bych se upnula na to, abych měla dítě, to zase ne, spíš jenom, že kdyby to vyšlo, tak by to bylo fajn a měli bychom miminko..*(slečna Gabriela). Naopak slečna Petra uvedla, že o dětech či případném otěhotnění vůbec neuvažovala... *S tehdejším partnerem jsme byli spolu něco přes rok a je pravda, že jsme nijak neplánovali děti..* Sama si ovšem uvědomovala, že se před případným otěhotněním nijak nechránila, což zpětně uznávala jako svoji chybu. ...*Chyba, že jsem nebrala antikoncepci, ale když jsem ji předtím dříve užívala, bylo mi z ní zle, tak jsme toho po 3 měsících nechala a pak už nějak nebyl důvod…* Nijak se nezajímala o možnosti jiné antikoncepce...*Když jsem se setkala s Lubošem, nijak dál jsem to neřešila. Dneska vím, že to byla chyba, ale vlastně jsem všechno nechala na něm..* (slečna Petra).

U všech respondentek byla těhotenství chtěná. Některé ženy těhotenství přímo plánovaly, jako například paní Katka…*Otěhotněla jsem na první pokus…* nebo …*Plánované to ano, my jsme se vzali a chtěli jsme miminko..*,(paní Lenka) ...*já jsem chtěla být těhotná, chtěla jsem to dítě...*(slečna Markéta), paní Michaela přímo odpověděla na otázku …*Ano, plánované a chtěné…* Některá těhotenství byla sice neplánovaná, ale také chtěná …*Chtěné, to bylo, ale plánované, to asi ne. Nic jsme*

neplánovali, ale když jsem přítelovi řekla, že jsem těhotná, tak ano, tak jsme to miminko chtěli… (slečna Marie. .. *Aha, chtěné, ano, chtěné, ale spíš ...jak to říct, neplánované, ale chtěné. Řekli jsme si, že to zkusíme a ono nám to vyšlo…* (slečna Veronika). Jedna respondentka těhotenství sice do budoucna plánovala, ale později a byla velmi překvapena, že je těhotná, nicméně s nastalou situací se rychle smířila a na své dítě se těšila. …*Víte, já jsem otěhotněla přes prášky, nevím, jak se to mohlo stát, brala jsem je už přes rok a předtím, před malým jsem je brala asi 5 let, ale stalo se. Chtěli jsme druhé dítě, ale až tak za rok, no, když se stalo, tak bude teď, to jsme si tak říkali. Ani na chvíli nás nenapadlo, že půjdu na přerušení..* (paní Pavla). Neplánované a původně ani nechtěné těhotenství bylo u slečny Petry… *Otěhotněla jsem neplánovaně, neužívala jsem antikoncepci, prostě se nějak stalo… já to dítě taky vlastně nechtěla…. brali jsme to tak, že teď spolu prostě chodíme, milujeme se, ale budoucnost jsme nijak neplánovali…*

U většiny žen převládala radost z otěhotnění. Jedna respondentka nemluvila o svých pocitech, ale rovnou o pocitech společných s manželem ... *Radovali jsme se a začali se těšit. Ono to asi vypadá, že jsme praštění, ale hned, když jsem si koupila těhotenský test a vyšlo mi to pozitivní, tak jsme mu začali říkat Pepíček. Tomu malému. Moc jsme se těšili..* (paní Lenka), *Byla jsem šťastná, že jsem těhotná, fakt…*(paní Katka). Slečna Marie hned začala i plánovat budoucnost, ale na druhou stranu si ji nějak nedokázala představit…*Já jsem byla ráda, že jsem těhotná, začali jsme plánovat společnou budoucnost. Docela jsem se i těšila. Jen jsem si to nějak neuměla představit, jaké to bude. Dohodli jsme se, že svatbu ne, ale že si najdeme nějaké jiné bydlení…* Svou radost popisovala .. *tak jsem měla obrovskou radost. Taková úplně euforie nebo jak to nazvat. Prostě sláva…* Slečna Marie si i uvědomila určitý protiklad svého rozpoložení… *Zní to asi blbě, ale na jednu stranu pořád spím, úplná mátoha, ráno je mi blbě a přitom takový nadšený pocit…* O společném bydlení hovořila i slečna Markéta- měla radost a plno plánů do budoucnosti. ...*Když jsem zjistila, že jsem těhotná? Radost. Opravdu radost, byla jsem šťastná. Měla jsem plno plánů, plánovali jsme svatbu, chtěli jsme si pronajmout nějaký byt, abychom byli pořád spolu…* Rovněž slečna Veronika měla radost, ale neplánovala. Vzpomněla si na svoji sestru a její problémy a vlastně byla velmi mile překvapená ze svého otěhotnění… *Měli jsme radost. Víte, sestra měla s otěhotněním problémy, nakonec se jí to sice taky povedlo, ale trvalo jí to skoro rok, tak jsem ani nepředpokládala, že mně se to povede hned. Takže ano, měli jsme radost...* Na druhou stranu slečna

Gabriela se cítila zaskočená, v první chvíli se nedokázala ve svých pocitech vyznat a také nic neplánovala. *...Já jsem, abych pravdu řekla, byla taková spíš zaskočená. Ale těšila jsem se, to ano, jen jsem měla pocit, že to přišlo tak najednou a nejsem na to připravená? Nebo, já nevím, jak to popsat. Těšila jsme se, to ano, ale v podstatě jsem nic neplánovala*... Zaskočena byla také paní Pavla, která se začala obávat o své počaté dítě *..Byla to pecka, vůbec jsem to nechápala… .Ale začaly ve mně hlodat pochybnosti, co když to dítě bude nějaké poškozené, když jsem brala ty prášky. Přece jenom, nemůže mu něco být?*... Slečna Petra naopak ze svého těhotenství neměla radost, i ona byla svým těhotenstvím velmi zaskočena. *Úplně jsem v tu chvíli zpanikařila a říkala si, že to snad ani není možné… V tu chvíli jsem nevěděla, co dělat*... Slečna Petra ovšem těhotenství brala jako komplikaci, vůbec jí nenapadlo, že by mohla otěhotnět….*Nebyla jsem připravená na mateřství, práci jsem měla, to ano, ale vůbec jsem si nedovedla představit, že se budu starat o dítě, že budu s Lubošem*… Po svém rozhodnutí si ale i ona uvědomila, že se vlastně těší....*Začala jsem se těšit..*

Zajímavé byly i reakce partnerů participantek, podle jejich sdělení- kromě slečny Petry, všechny ostatní uvedly, že se partner na dítě těšil. ..*Manželovi jsem to samozřejmě řekla, ten měl velkou radost... Moc velkou (*paní Katka), ..*Moc jsme se těšili.. Ono to asi vypadá, že jsme praštění, ale hned, když jsem si koupila těhotenský test a vyšlo mi to pozitivní, tak jsme mu začali říkat Pepíček. Tomu malému*... (paní Lenka). Přítel slečny Markéty byl nadšen a hned nejen plánoval, ale začal pracovat na společných plánech .. *úžasně, byl moc rád. A pak jsme začali hledat to bydlení. Pořád říkal, že až budeme tři, budeme už sami*… I slečna Gabriela si vzpomněla na reakci svého přítele: ..*Přítel měl velkou radost. On se možná těšil ještě víc, než já*... Slečna Petra se naopak setkala u svého partnera s naprosto odmítavým chováním: ..*On mi jasně oznámil, že dítě nechce. Nevyčítal mi, že jsem se nechránila, to zase ne, ale řekl mi, že na dětech jsme se nedomluvili a že se necítí na to, aby nějaké vychovával. Že se nechce uvázat, to mi došlo až později… Vůbec prostě nepřijal situaci a pro něj bylo prvořadé, že on dítě nechce…. Řekl nechce, ne nechceme. Mně se vlastně ani nepta.*,..Rovněž si vzpomněla na své pocity během tohoto rozhovoru… *Nebyl na mne hrubý, to ne, ale měla jsem pocit, že mluvím s člověkem, kterého vůbec neznám…V tu chvíli jsem věděla, že u mne skončil…*

Slečna Petra se se svým partnerem sešla ještě jednou, aby mu oznámila své rozhodnutí podstoupit umělé přerušení těhotenství, ale na jeho reakci… *Odpověděl*

mi, že jsme se přece dohodli... reagovala emocionálním výbuchem...*Vytekly mi nervy a křičela jsem na něj, že už ho nechci ani vidět, ať se ztratí z mého života. Nevím přesně, co jsem na něj všechno vyřvala, celou svoji bezmoc, že jsem ve všem sama, že myslí jen na sebe*...Slečna Petra se nakonec rozhodla, že umělé přerušení těhotenství nepůjde, i když bude na své dítě sama... *ale pak jsem si říkala, že přece ten človíček za to nemůže, že jsme oba nezodpovědní a tak nějak jsem se rozhodla, že na potrat nepůjdu. A že Lubošovi nic neřeknu*...během rozhovoru si vybavila i své tehdejší pocity… *Zajímavé bylo, že potom mi bylo hned líp. Vůbec jsem neuvažovala, jak se mi změní život, co všechno, jak s penězi, prostě mě to ani nenapadlo*…. *Vůbec mne nenapadlo, že budu mít dítě bez otce, vůbec mi nedošlo, nedocházelo, že to nebude jednoduché… Vlastně jsem vůbec nic neplánovala. Prostě tak nějak plynul čas…*

Žádná z oslovených participantek v rozhovoru neuvedla, že by se svou radostí z těhotenství svěřila někomu jinému blízkému, ani své mamince. I slečna Petra, která změnila vztah ke svému těhotenství, se mamince nesvěřila, i když spolu bydlely.. *Ani vlastně mámě jsem to neřekla…*

b) Prožívání počátků těhotenství

Kromě psychického prožívání, často velmi ambivalentního… *Ale začaly ve mně hlodat pochybnosti* (paní Pavla) se u těhotných objevily i somatické těhotenské potíže jako například nejčastěji nevolnosti, případně zvracení … *Poznala jsem to hned, bylo mi příšerně zle. U prvního těhotenství mi bylo také špatně, ale ne jak teď, to bylo strašné. Bylo mi pořád na zvracení, ale v puse jsem měla, jako kdybych jí měla plnou pětikorun, pořád kovová chuť. A nešla přerazit ničím, cucala jsem tiktaky, žvýkačky, pila mléko, pořád si čistila zuby, ale nic, snad jen trochu ovocem. Tak jsem pořád jedla nějaké ovoce, jablka, hrušky, banány*.... (paní Katka).. *Trpěla jsem obvyklými nevolnostmi*.. (paní Pavla).. *bylo mi tak nějak divně, ne, že bych zvracela, to ne, ale takové divně pocity*.. (slečna Petra)… *mně bylo tak nějak divně, ráno se mi chtělo pořád zvracet, ale když jsem se najedla, tak to bylo dobré* (slečna Marie), .. *akorát ráno mi bývalo trochu zle, ale to bylo jen ráno, a nebylo to nijak strašné*.. (slečna Gabriela). Další pocity, které se u respondentek vyskytly, byly ospalost a únava. …*Akorát se mi chtělo pořád spát* (slečna Marie),.. *pořád se mi chtělo spát, cítila jsem se taková unavená, nafouklá*.. (slečna Petra), ….*Akorát*

bych bývala pořád spala.. (paní Lenka). Žádná z oslovených žen si nevzpomínala na jiné příznaky, jako například napětí v prsou, časté močení apod. Kromě slečny Petry, která řešila otázku, zda vůbec zůstane těhotná, *...Strašně se za to stydím, takovýhle výlev, ale tenkrát mi to bylo jedno…* si ani jedna z oslovených žen neuvědomovala nějaké výkyvy nálad či emocí.

Některé ženy měly strach, případně nějaký blok, kdy o svém počínajícím těhotenství nechtěly hovořit. Vedly je k tomu nejrůznější důvody, jako třeba slečnu Veroniku, která nechtěla o svém těhotenství mluvit z důvodů strachu z jiné práce v zaměstnání…. *V práci jsem to neřekla, chtěla jsem počkat. Ne, že bych to nechtěla říci vůbec, ale nechtěla jsem, aby mne vrchní přeřadila jen na ranní směny. Ani jsem nechtěla neschopenku s tím, že pokud to půjde, budu chodit do práce….* Některé ženy o svém těhotenství nehovořily z podvědomého strachu o dítě, oznámení odkládaly na dobu po vyšetření prvotrimenstrálního screeningu… *ani maminka ani tchyně nic nepoznaly. Domluvili jsme se s manželem, že jim to řekneme právě až po tom vyšetření* (paní Pavla).. *Snažila jsem se, aby nikdo nic nepoznal* (paní Katka) *..v práci ani nevěděli, že jsem těhotná...*(paní Lenka)

4.6.2 Období vlastního potratu

Ve druhé kategorii byly vytvořeny tři subkategorie: tělesné pocity při vlastním potratu, duševní rozpoložení a podpora.

a) Tělesné pocity při vlastním potratu

U některých žen se hrozící potrat se projevoval nepravidelnými a mírnými bolestmi v podbřišku. Některé ženy ani nevnímaly své pocity jako výrazně intenzivní bolesti, jen měly dojem, jako kdyby měly začít menstruovat… *Ale v noci mne začalo bolet břicho. Asi jako kdybych měla dostat menses. A docela dost..* (slečna Veronika). *..ale začalo mne i bolet divně břicho, asi jako kdybych měla dostat měsíčky..* (slečna Petra). Slečnu Marii vyděsily i mírné bolesti, i když je popisovala jen jako neurčité bolesti před menses. .. *Říkala jsem, si, že to není možné, že jsem přece těhotná… Kdysi jsem i trpívala na bolesti u měsíčků, ale v poslední době už ne, ale teď to bylo takového něco podobného. A bylo mi tak nějak divně, jako kdybych to měla dostat…*

Jiné ženy měly zcela neurčitý a těžko definovatelný pocit, na základě kterého se začaly intuitivně obávat o své dítě. Spolu s tímto pocitem často napadlo respondentky zvracení nebo nucení na zvracení. Například slečna Veronika

si vzpomněla, že ...*jednou se mi udělalo nějak špatně, to bylo večer. Ne na zvracení, ale najednou mi bylo tak nějak divně, spíš nízký tlak, nebo tak něco*.. Zvláštní a těžko popsatelný pocit udávala i slečna Gabriela… *A pak mi jednou bylo nějak divně v práci, nezlobte se, nedokážu to popsat, prostě nějak divně… Nezvracela jsem, to ne, ani jsem neměla žádné bolesti, ale bylo mi tak nějak zvláštně*.. Také slečně Petře.. *bylo nějak divně, motala se mi hlava, zvracela jsem…* Slečna Petra se snažila svůj stav nějak rozumně vysvětlit, vůbec jí nenapadlo, že se u ní jedná o příznaky hrozícího potratu...*Myslela jsem si, že se mi vrátila ta viróza, co jsem měla…*

U jiných žen se hrozící potrat vůbec neprojevil žádnými bolestmi nebo zvláštními pocity, ale krvácením z dělohy. Například paní Pavla nepociťovala žádné bolesti, ani neudávala žádný pocit, jen začala krvácet…*Pak jsem najednou, zničehonic začala krvácet…* I slečna Markéta začala krvácet a neměla bolesti. ...*A pak jsem najednou začala krvácet. Jen tak, z ničeho nic. Ani jsem nic nezvedla, ani nic prudkého neudělala, prostě najednou jsem začala krvácet*... Paní Lenka rovněž nehovořila o bolestech, jen o krvácení .. *A pak, pak jsem jednou ráno šla na záchod a krvácela jsem*... Kromě paní Michaely žádná z žen neuvedla intenzitu krvácení, jen paní Michaela udávala, že krvácení bylo silné, i když sílu nijak blíže nespecifikovala ..*To krvácení bylo silné a já se začala hrozně bát. Myslela jsem jenom na to dítě, aby se mu něco nestalo, když krvácím…*

U jedné participantky se ale nejednalo potrat hrozící, ale o potrat zamlklý, při kterém nemusí ženy pociťovat vůbec žádné bolesti, nezačnou krvácet, jen se prostě dostaví nějaký zvláštní pocit, jako svůj stav popisovala paní Katka, kterou náhlá změna jejího stavu zaskočila... *A pak asi za 14 dní potom, mi najednou bylo dobře. Tak, zčistajasna najednou jsem neměla kovovou chuť v puse. A ani na zvracení mi nebylo, i když to pomalu ustupovalo. U prvního jsem měla pocity na zvracení až do 3. měsíce, teď najednou prostě nebyly…*

b) Duševní rozpoložení

Po psychické stránce se všechny ženy nedokázaly se situací v první chvíli racionálně vyrovnat, všechny pociťovaly strach o dítě a nepřipouštěly si myšlenky na potrat. Dominovala úzkost a strach . Typickou reakci popisovala paní Lenka… *Strašně jsem se vyděsila. Začala jsem plašit, co se děje, že to přece není dobře*.. Slečna Markéta

..*začali jsme se bát, že dítěti něco je. Že to není normální.* ... Paní Michaela uvedla .. *a já se začala hrozně bát. Myslela jsem jenom na to dítě, aby se mu něco nestalo, když krvácím. Já vím, že existují potraty, ale nějak mi v tu chvíli nedošlo, že by se to mohlo týkat i mne. Takže první pocit byl strach. Ne o mne, ale o to dítě…* Paní Gabriela říkala .. *napadlo mne, že něco není někde v pořádku a začala jsem se bát. Aby to miminko bylo v pořádku.* Paní Pavla si také nepřipouštěla myšlenku na samovolný potrat… *Vůbec mi nepřišlo na mysl, že bych mohla potratit…*

Paní Katka popisovala své pocity, kdy si uvědomovala nesoulad mezi fyzickým stavem a myšlenkami...*Byla jsem ráda, že je mi dobře, ale červíček zahlodal- co když není všechno v pořádku? Ono to zní divně, mně je dobře a mám strach, že není všechno v pořádku, já vím, ale mne to nějak nedávalo spát…*

Slečna Marie se upnula k naději, kterou jí dal lékař při vyšetření.... *Doktor mi řekl, že to dítě je menší, než by mělo být...., Řekl mi, že jsou dvě možnosti- že buď je to miminko malé, ale zdravé, že jsem asi otěhotněla později… Doufala jsem, že to vyjde, že je to malé opravdu jen menší a že to bude dobré…* Zároveň ale udávala, že jí lékař dal možnosti dvě, ale tu druhou se snažila nějak popřít, vytěsnit z hlavy… *Nějak jsem to nepochopila. Říkal, že jestli se nevyvíjí, že musí ven. To na mne dopadlo jak rána nějakou palicí. ..tohle byl první pocit, že ven ne…* Doslova propadla panice..*Ten (pocit) mne v tu chvíli úplně ovládl, úplně zatemnil mozek- ven ne…* Slečna Marie měla ale zkušenost s umělým přerušením těhotenství, kterého potom později litovala… *Já jsem po tom prvním potratu měla strašné výčitky, co jsem to udělala, že to dítě nemohlo za to, že vzniklo a že já ho nechc.i..* a při informaci lékaře se jí její tehdejší myšlenky a pocity viny vrátily .. *Já jsem si myslela, že jsem to taky nějakým způsobem uzavřela, vždyť už je to tak dlouho, už jsem na to dávno nemyslela, akorát teď se mi to vrátilo…*

Většina žen zareagovala pláčem, který je zcela normální reakcí na sdělení špatné zprávy.. *Začala jsem brečet…zase jsem brečela..* (slečna Veronika),.. *Rozbrečela jsem se..* (slečna Markéta). Paní Lenka vytěsnila i informaci, kterou jí pravděpodobně sdělil lékař, když ji posílal do nemocnice… *že to možná řekl, ale já si to odmítala připustit..* Slečna Veronika svým chováním typicky popírala skutečnost, že její těhotenství pravděpodobně skončí potratem… *V noci jsem nespala a pořád si sahala na břicho…*

Oznámení o potratu vyvolalo u žen psychický šok a popírání., přestože v podvědomí už musely s touto eventualitou počítat. Například paní Michaela uvedla

.. *Byl to pro mne šok… Já vím, že existují potraty, ale nějak mi v tu chvíli nedošlo, že by se to mohlo týkat i mne…* Slečna Veronika říkala...*Přesto mne to dostalo, bylo to něco děsivého, přestože jsem to tušila…* Slečna Marie se dostala do apatie a svůj stav popsala.. *Šok. Měla jsme pocit, že nevnímám a nemyslím.. Zase taková ta rána palicí. Teď ale horší, teď už nebyla naděje…* Některé ženy úplně vytěsnily vzpomínky na potrat a typickou odpovědí bylo například.. *Pak to najednou bylo takové nějaké hrozně rychlé, já už si to přesně nepamatuju. Dali mi něco podepsat, dostala jsem narkózu a probrala se na pokoji. Vůbec si to nepamatuju. Nezlobte se, já už to fakt nevím..* (paní Lenka) nebo…*Nezlobte se, já si dál nějak moc nepamatuji. …Vůbec nevím, jak jsem to zvládla..* (slečna Marie), případně … *pak mi to nějak splývá, nezlobte se…. Už pak vůbec nevím, co bylo dál..* (slečna Markéta)… *Tak to nevím, to si nějak nevybavuj..i* (Michaela)… *Víc nevím..* (paní Pavla). U jedné ženy se vyskytlo jako prvotní reakce určité odštěpení emocí- pocity nereality. Slečna Veronika měla pocit něčeho neskutečného *…, já jsem měla pocit nějakého rozdvojení, já na jednu stranu zařizuji všechno potřebné k potratu a úplně klidně a na druhou stranu jsem hromádka neštěstí, která se tomu vzpírá uvěřit, že prostě přišla o dítě. Já vím, že to ještě není hotové dítě, byl to 10. týden těhotenství, ale už jsme si na tu myšlenku, že budeme tři, zvykli. Nějak jsem si to prostě nepřipouštěla...* Pocity obviňování ze vzniklé situace přímo při potratu nepociťovala žádná žena, ale tyto pocity se u některých žen dostavily později.

c) Podpora

V okamžiku sdělení diagnózy, případně návrhu léčby nebo zjišťování událostí, které předcházely, postrádaly některé ženy psychickou podporu zdravotníků. Například slečny Gabriely se velmi dotkla slova lékaře…. *První, na co se mne zeptal, že jestli jsem nezačala krvácet po pohlavním styku…* v tu chvíli pociťovala přímo zlost...*Co si to dovoluje? Já se bojím, aby tomu malému něco nebylo, tak přece nebudu mít myšlenky na sex…* Slečna Gabriela si sice s odstupem času dokázala racionálně zdůvodnit vhodnost této otázky, ale v okamžiku vyřčení se jí tato slova velice dotkla… *No, víte, já si dneska dovedu nějak vysvětlit, že se na to mohl zeptat, ale v tu chvíli mne to příšerně urazilo…,* nespecifikovala blíže proč, ale z lékaře v nemocnici měla nepříjemný pocit…*A navíc byl dost protivný….* Zdravotníci, zejména lékaři, nebyli mnohdy empatičtí, což některé participantky velmi citlivě

vnímaly. Zdánlivě nepodstatné věci měly pro ně velký význam. Například oslovené ženy uváděly, že měly pocit, jako by se lékaři nedovedli nebo nechtěli vcítit do pocitů těhotné ženy, která o svém počatém dítěti hovoří jako o dítěti a pro participantky bylo velmi zraňující, slyšet „plod, zárodek, těhotenství, to“. *Gynekolog mi řekl, že plod odumřel*...(paní Katka)….*Neřekl dítě, řekl těhotenství*... (slečna Markéta)... *Že si myslí, že o to těhotenství přijdu.* (slečna Veronika)…*Řekl mi, že to miminko, vlastně ne, on neřekl miminko, on řekl těhotenství. Že to těhotenství odumřelo*…(slečna Gabriela). ...*Řekl mi, že to malé se nevyvíjí, že odumřelo. Ne, neřekl umřelo, řekl odumřelo*...(slečna Marie). Paní Lenkami si nevzpomínala, jak jí lékař o potratu řekl, slova lékaře reprodukovala vlastními slovy, kdy své nenarozené dítě už měla pojmenované… *že... že Pepíček už není. Že už jsem potratila.* Na druhou stranu ovšem některé ženy hovořily i o pochopení ze strany zdravotníků. Například i paní Pavla se setkala s tím, že lékařka mluvila o dítěti jako o těhotenství…. *že pravděpodobně těhotenství skončí samovolným potratem*..., ale neupřednostňovala, že by se jí tato slova dotkla,. Naopak si vzpomínala, že *paní doktorka byla velmi milá, ale řekla mi, že to nevypadá dobře*... byla ráda, že jí dala i možnost přesvědčit se na vlastní oči…*I mi ukazovala něco na ultrazvuku*...Paní Pavla také vzpomínala na. to, že se jí ze strany lékařky dostalo vysvětlení…..*Paní doktorka se mi snažila vysvětlit, že se to někdy stává, že si příroda někdy pomáhá sama, že je pravděpodobné, že byl nějaký problém přímo v tom dítěti a proto se příroda snaží, aby se nenarodilo*.... I paní Gabriela uvedla, že se další den setkala s jiným lékařem a hlavně s jiným přístupem …*Přijímala mne jiná paní doktorka, moc hodná, moc milá*...Uvědomila si, že tahle lékařka hovořila o počatém dítěti jako o miminku... *Řekla, že bohužel je to pravda, že miminku přestalo tlouct srdíčko*... Stejně, jako paní Pavla i paní Gabriela vzpomínala, že jí byla vysvětlena situace a následná péče…*Docela hezky mi vysvětlila, co se bude dít dál*.. Paní Michaela měla pocit určité ztráty své identity, měla pocit izolace, velmi postrádala jakoukoli podporu, měla pocit nedostatku informací a empatie a své pocity popsala.. *Ještě jsem musela na to vyčištění a to bylo dost nepříjemné. ....ale v nemocnici jsem si připadala strašně. Dotklo se mne, že je to každému tak jedno, že jsem potratila. Nikdo mi nic neřekl. Nemohu říci, že by na mne byl někdo vysloveně zlý, ale měla pocit prostě takového nějakého dalšího kousku v řadě. Sice mi řekli, co se bude dít, že se nemám bát, ale tak nějak bez účasti. Nikdo mi nehuboval, když mi tekly slzy, ale nikdo mi neřekl žádné vlídné slovo. To jsem*

hrozně postrádala, že jsem na to sama. Bála jsem se, aby všechno dobře dopadlo. Že je všechno v pořádku, jsem se dověděla, až když jsem šla domů…

Přestože porodní asistentky trávily se všemi ženami více času, než lékaři, pouze paní Lenka, paní Pavla a slečna Gabriela si vzpomněly, že na ně byly hodné, ale kromě paní Pavly nijak neupřesňovaly jejich podporu… *Sestřičky na mne taky byly moc hodné..* (slečna Gabriela),.. *sestřička na mne byla hodná* (paní Lenka). Pouze paní Pavla si vzpomněla, že jí porodní asistentka poradila.. *Říkala, že tělo si pomáhá samo, že to mám zkusit znova, že už jedno dítě mám a tak nemám být moc nešťastná. Řekla mi, ať brečím, že mi to pomůže…*

Některé ženy vůbec o podpoře či nepodpoře ze strany zdravotnického personálu nehovořily jako například paní Katka nebo paní Lenka. Paní Katka jen uvedla … *Gynekolog mi řekl, že plod odumřel. Já jsem sestra, já jsem věděla, co to znamená. Stejně mi nic dalšího neřekl, jen že budu muset jít na revizi* …Některé ženy i tuto informaci ze svých vzpomínek vytěsnily, … *Pamatuju se, že na mne mluvil. Byl slušný, nekřičel, ale já vůbec nevím, co mi říkal (doktor),* (slečna Marie) *…Doktor mne volal zpátky, pak mi to nějak splývá, nezlobte se. Vím, že mi pořád říkali, ať se nebojím. Už pak vůbec nevím, co bylo dál…* (slečna Markéta).. *Říkal něco o tom, že musím jít na vyčištění, já jsem ho pořádně ani nevnímala* (slečna Petra). Slečně Veronice, která sama pracuje jako všeobecná sestra, velmi vadila organizace práce na gynekologickém oddělení*..., ale tam jsem si připadala hrozně. Naprosto jsem pochopila, jak musí být pacientům. Bylo nás tam více a pořád jsme jenom čekali. Měla jsem přijít v půl sedmé, ale to jsem akorát dostala k podpisu všechny možné souhlasy a čekala na doktora. A pak zase na anesteziologa. Pak než přijdu na řadu. To čekání bylo ubíjející*...Uvědomila si, že se vlastně stala pacientkou a s odstupem času se dokázala vcítit do pocitů i jiných pacientů ..*Naprosto jsem pochopila, jak musí být pacientům..*

Pouze slečna Gabriela vzpomněla na podporu svého přítele.. *Ráno mne přítel odvezl zpátky do porodnice, byl hodný, vzal si volno z práce a byl tam se mnou…*

4.6.3 Období po potratu

Ve třetí kategorii byly vytvořeny 3 subkategorie: období po potratu v nemocnici, období po potratu doma, období po potratu později se zaměřením na zvládání zátěže.

a) Období po potratu v nemocnici

Období bezprostředně po potratu a po revizi dutiny děložní ještě v době hospitalizace v nemocnici se prožívaly některé pacientky velmi intenzivně po fyzické stránce jako například slečna Markéta, která uvedla…*bylo mi zle, motala se mi hlava, chtělo se mi zvracet, pak jsem zase usla*… Přestože po revizi dutiny děložní mohou ženy pociťovat bolesti břicha, zvláště ženy, u kterých se jednalo o první těhotenství, ani jedna z participantek o žádných bolestech nehovořila. Naopak paní Pavla si uvědomila*: ..Ráno, když jsem se probudila, byla mým jediným pocitem úleva. Obrovská úleva, že je všechno za mnou a že je vlastně všechno vyřešené. … ale že je to všechno za mnou. Že se vlastně už nemusím bát a stresovat se, jestli je ta moje holčička v pořádku…. Jako kdyby se mi svalil ze srdce balvan. Manžel se ptal, jak mi je, ale mně bylo lehce a dobře…*Sama si uvědomila určitou nesmyslnost svých pocitů.. *Fakt, zní to nelogicky, ale dobře… Já vím, že to zní nesmyslně, ale já měla radost…* Jiné participantky použily znovu obranný mechanismus represe a naopak se snažily své bezprostřední pocity vytěsnit z paměti. Může zde sehrát určitou roli i velmi malý časový úsek od působení anestézie a možný podíl postanestetické amnézie. ...*Ale pak už si taky nepamatuju, jak jsem šla domů. Nezlobte se, já už to fakt nevím..* (paní Lenka), …*Nepamatuji si, jak jsem se dostala domů..* (slečna Marie), .. *Asi, protože pak si to zase nějak nepamatuju* (slečna Markéta),… *Tak to nevím, to si nějak nevybavuji… A potom nevím. Možná, že jsem taky plakala, ale to si už nevzpomínám..* (paní Michaela)…. . *Pak mi všechno nějak splývá,..* (slečna Petra). ..*ale nepamatuju se, jak jsem se dostala domů..* (slečna Petra). Pouze slečna Gabriela si uvědomila své psychické rozpoložení …. *Jen vím, že když jsem šla domů, slyšela jsem na chodbě, jak někde pláče miminko a začala jsem taky brečet.* U jiných ženy se znovu projevily obranné mechanismy, jako například u paní Katky, která se snažila své pocity popřít a upnout se na jiné potřeby*…, měla jsem žízeň, ale ještě horší hlad. Nevzala jsem si nic k jídlu. Čaj mi dali, to jo, ale já chtěla honem domů. Zní to divně, ale já chtěla domů, abych se mohla najíst… ovládala mne myšlenka na jídlo*... Podobné pocity, kdy se snažila upnout na něco jiného, měla i slečna Veronika. „..*Měla jsem žízeň a i hlad, ale když mi sestřička přinesla polévku, nedokázala jsem ji sníst.* Slečna Veronika použila svou osvědčenou copingovou strategii....*Měla jsem chuť na sladké. Jo, to je moje droga, veškeré stresy zajíst něčím sladkým*... Slečna Veronika se ale začínala pomalu se

svoji situací smiřovat…*Došlo mi, že je vlastně konec. Nemůžu ani říci, že konec nadějím, protože tu naději jsem už neměla, ale prostě konec. Že něco skončilo, nějaká kapitola v mém životě. Sice krátká, ale skončila*…Slečna Marie se začala ještě v nemocnici obviňovat… *To je trest za to, že jsem to první dítě nechtěla. Mělo to tak být, abych si uvědomila, co jsem udělala*… Všechny pacientky chtěly co nejdříve z nemocnice odejít, nechtěly zůstávat v prostředí, které jim připomínalo, co se stalo. Na stres, který prožily, reagovaly útěkem..… *vím, že jsem chtěla pryč, co nejdřív pryč*.. (slečna Petra),… *Chtěla jsem pryč, pryč. Naprosto chápu ty pacienty, co chtějí domů*.. (slečna Veronika), … *ale já chtěla honem domů*.. (paní Katka).

b) Období po potratu doma

Doma se všechny pacientky postupně vyrovnávaly se svoji situací. První reakcí byl šok, který ale po propuštění z nemocnice postupně přecházel. U různých pacientek toto stádium trvalo různě dlouho. Většina oslovených žen si pamatovala, že nebyla schopná zadržet slzy.. *Plakala jsem. Pořád jsem se doma dívala na ten obrázek*...(paní Lenka).. *Brečela jsem ještě doma*…(slečna Gabriela)… *Doma jsem plakala*… (paní Michaela) .. *Brečela jsem, že jsem přišla o dítě* …(slečna Markéta). …U paní Michaely se objevil vztek, zlost a hněv.. *ale jednu chvíli jsem měla příšerný vztek*....který obracela jednak proti sobě ...*Na sebe, že pořád brečí*,.. a jednak na ostatní… *Na všechny kolem sebe, na manžela, že vůbec nechápe, jak mi je, na všechny ty sestry a doktory, že je jim jedno, jak člověku je, jen aby měli dalšího pacienta, ale že by se třeba taky měli trochu snažit mu porozumět.* Paní Michaela si ale sama uvědomila, že tyto pocity trvaly jen krátce…*Ale to bylo opravdu jenom chvíli, spíš převládala ta lítost, že se to stalo*.. (paní Michaela). Některé ženy měly pocity jakési nespravedlnosti, nedokázaly zatím přijmout situaci a hledaly vinu … *Pořád jsem přemítala, co jsem udělala špatně, že se to stalo. Proč, proč se to stalo právě nám*.. (paní Lenka).. *A pořád se ptala, proč se to stalo, proč? A proč zrovna mně?* (slečna Gabriela). Některé ženy hledaly vinu v sobě, jako například slečna Marie, která dříve podstoupila UPT … *To je trest za to, že jsem to první dítě nechtěla. Mělo to tak být, abych si uvědomila, co jsem udělala. Nepamatuji si, kdy mi to došlo. Ale tohle je trest*...nebo slečna Petra … *Co když je to trest za to, že jsem původně chtěla jít na potrat? Tenkrát mne napadlo, že už třeba nikdy děti mít nebudu. Zachvátila mne úplná hrůza, co když je to pravda? Co když to vždycky dopadne takhle?*... Paní Pavla celou svoji situaci rozumově uzavřela už vlastně

během hospitalizace … *že teď nemusím nic řešit. Jako kdyby se mi svalil ze srdce balvan... Doma to na mne potom padlo a raději jsem si lehla, ale v podstatě jsem byla spokojená s tím, jak vše dopadlo*… Stejně tak i paní Katka, která se snažila celou situaci vytěsnit a uzavřít… *Nic s tím nenadělám. Nezbývá, než to přijmout a srovnat se s tím... Že to příroda prostě nějak vyřešila, ukončila…* U žádné z participantek se neobjevila agresivita ani sebepoškozování, které se popisuje v literatuře.

Všechny ženy si nakonec uvědomily, že prvotní šok skončil, ..*Nějak se to pomalu ustálilo. Byla jsem doma týden a měla jsem pocit, že ten šok už snad pominul. Pořád jsem ještě plakala, ale už ne tak zoufale….Ale nakonec to vlastně přebolelo..* (paní Lenka), …*že to tak dopadlo, ale asi tak opravdu mělo být. Nemohu říci, že bych na to všechno zapomněla, ale mám pocit, že jsem se s tím nějak aspoň trochu srovnala. Že už je to za mnou. Já už nemohu vrátit, co se stalo, co bylo..* (slečna Marie)… *Nějak jsem pochopila, že to je prostě konec, to mi chvíli trvalo, než mi to došlo, to rozhodně nebylo hned..* (paní Michaela). .. *Večer jsem znova brečela, ale měla jsem pocit, že už je to trochu jiný pláč…* (slečna Veronika).

c) Období po potratu později se zaměřením na potřeby pacientek a zvládání zátěže

Všechny oslovené ženy se snažily se situací nějak vyrovnat, smířit, nějak tu situaci zvládnout. Všechny truchlily pro své počaté, ale nenarozené děti. Některým v jejich truchlení pomohla samota, byly rády, že nemusely do kolektivu, jako například slečna Markéta… *Ještě, že jsem měla tu nemocenskou, vůbec si nedovedu představit, že bych šla do práce*….nebo paní Lenka…*Vzala jsem si dovolenou z práce. Nechtěla jsem mezi lidi.* ….případně slečna Petra… *Další den jsem si vzala volno z práce..* a slečna Gabriela…*No, další den jsem měla jít do práce, ale přítel mi domluvil volno, já bych asi nebyla ani schopná.* Slečnu Marii s odstupem času napadlo, že by bylo dobré, kdyby pacientky mohly mít volno z práce.. *Já bych třeba uvítala pracovní neschopnost, ale to nějak nikoho nezajímalo…. a pak jsem si vyměnila službu a vzala dovolenou. Jednak jsem se potřebovala dospat a pak, já jsem byla taková nějaká zpomalená, byla jsem ráda, že nikam nemusím.* ....Jiné ženy naopak potřebovaly jít mezi lidi, měly pocit, že se doma samy ve samotě a smutku utopí a že jim práce a jiné myšleny pomohou zvládnout jejich zátěž ….. *Další den jsem šla do práce a jen jsem doufala, že se nikdo nedoví, že jsem potratila..* (paní Katka)…. *Další den*

jsem šla normálně do práce. Nic mne nebolelo, jen jsem měla pocit, že musím mezi lidi. Že doma bych se jen pořád trápila a mezi lidmi že přijdu na jiné myšlenky… když jsem byla v práci, tak jsem tu lítost tak nějak odsunula.. (paní Michaela). U slečny Veroniky se projevilo truchlení hyperaktivitou a sama charakterizovala svoje pocity, kdy se snažila svůj žal upozadit a přebít jinými myšlenkami.a činnosti. *..Další den jsem vstala a uklidila celý byt. Nic mne nebolelo, nebyla jsem unavená, ale chtěla jsem něco fyzického dělat. Uklízet, umývat, drhnout. Nemyslet na to, že už nejsem těhotná, dostat to z hlavy. Chtěla jsem se zabývat čímkoli jiným.* Použila svoji osvědčenou copingovou strategii*...Nacpala jsem se čokoládou. To mi pomohlo, to mně vždycky pomůže…Ještě jeden den jsem byla doma a vrhla jsem se na další nedodělanou práci, co jsem pořád odkládala. Roztřídit oblečení, papíry, přišít knoflíky, vyprat velké prádlo. Já nevím, já si dneska říkám, že jsem asi chtěla začít znova. Nebo nevím.* Také slečna Petra se upnula na jinou činnost, která jí pomohla odpoutat se od vracejících se myšlenek, i když nikoli hned po potratu…*Chodily jsme pak na zumbu. Jarka toho po půl roce nechala, já chodím pořád..*

U některých žen se také objevila snaha o skrývání negativních pocitů, například slečna Markéta uvedla… *Pořád jsem ale doma brečela, jen venku jsem se držela. … Snažím se, aby to na mne nikdo nepoznal, snažím se aspoň v práci trochu nějak fungovat, ale jak přijdu domů, tak někdy jsem úplně v pohodě, normálně se bavím s našima, ale někdy jsem úplně marná. ..Já, já se snažím, aby to v práci na mne nikdo nepoznal…*

V dalším průběhu se mohou objevit i pocity strachu a beznaděje, které se mohou přehoupnout až do depresivních stavů a které se objevily u slečny Markéty *…. Že se strašně bojím…mám strach, mám strach, že už neotěhotním, že když otěhotním, že se to stane znova, že jsem neschopná, nemožná…. Já, já si moc přeju dítě, ale mám strach otěhotnět…Příšerně se bojím..* Slečna Markéta vůbec nebyla schopna přemýšlet a připouštět si racionální myšlenky, úzkost a strach ji v době rozhovoru naprosto ovládaly, vůbec nebyla schopna dosáhnout vnitřního pokoje, její emoce ji úplně ochromovaly, vůbec ještě neměla svoji situaci zpracovanou. Během rozhovoru si uvědomila, že potřebuje pomoc. Obviňovala se … *Já se občas v noci vzbudím a pořád musím přemýšlet, jestli ...jestli… no, že jsem taková neschopná..* Tak jako u slečny Markéty se vyskytly obavy o osud dalšího těhotenství i u dalších participantek…*No, ano, chtěli jsme to zkusit znova, ale já se příšerně bála.*

Já,.. na jednu stranu jsem chtěla být znova těhotná, abychom měli miminko a na druhou stranu jsem se příšerně bála, že otěhotním. A že se to zopakuje.. ..A pak, když jsem otěhotněla, pak to bylo možná ještě horší, to se mi ten strach zase nějak vrátil a já se pořád sledovala… (paní Lenka) *… Tenkrát mne napadlo, že už třeba nikdy děti mít nebudu.. ..Co když to vždycky dopadne takhle?*..(slečna Petra) *… Strašně se bojím, že se to bude opakovat. Že nejsem schopná dítě donosit. Já vím, že se to opakovat nemusí…* (slečna Gabriela). Strach a obavy o osud dalšího těhotenství se vyskytly i u paní Katky, která ale veškeré své pocity potlačovala, nebo se je snažila racionálně zpracovávat sama v sobě… *Mám, (strach), ale nesmím si to připustit. Nevidím důvod, proč. Už jedno zdravé dítě mám.* Naopak paní Pavla, která v době rozhovoru byla před porodem svého druhého dítěte uvedla… *Vůbec mne nenapadalo, že bych třeba už nemohla mít další dítě, že by se to mohlo opakovat. .. Vůbec jsme si nepřipouštěla, že by to zase mohlo dopadnout špatně. Sice jak se přiblížil ten 12. týden, tak jsem na sebe dávala trochu víc pozor… …kde mi potvrdili, že je všechno v pořádku, tak jsem si vůbec nepřipouštěla žádné pochybnosti…*

U paní Lenky se vyskytly nezpracované pocity nespravedlnosti, které měly podobu závisti a zloby. Tuto zlobu obracela proti zákaznicím v obchodě, které přišly nakupovat s dětmi. I ona ale měla pocit jakéhosi odosobnění, ovšem později si dokázala své pocity uvědomit a potlačovat.. *Víte, ono to zní divně, ale já měla pocit takového nějakého rozdvojení. Já vím, že to nedává moc smysl, ale já na jednu stranu měla pocit, že normálně funguju, pracuju, vařím, starám se o domácnost apod a na druhou stranu, když k nám do obchodu přišla maminka s dítětem, tak se mi hned rozklepaly ruce, vhrkly mi slzy do očí a pořád jsem se musela na ty děti dívat. A vůbec jsme nemyslela na to, že jsem v práci, ale na to, že je to nespravedlnost, že ony děti mají a já ne. Já, ..já se za tyhle myšlenky dneska stydím, ale já jsem jim všem záviděla, že jsou normální a že mají děti. Já jsem se pak i přistihla, že, … že.., já nevím, jak to popsat, že jsem na ně zlá, nebo.. ..že se jim tolik nevěnuju, jako ostatním zákazníkům. Že jim odsekávám apod. Já se za to stydím, když jsem si tohle uvědomila, tak jsem se to snažila nějak potlačit, ale …já si to neuvědomila vždycky, ale až pak….* (paní Lenka).

Někdy se vyskytly u respondentek i psychosomatické problémy, hlavně se spánkem. *..Úplně jsem tak nějak vnitřně ztuhla. Začala jsem mít problémy se spaním- já, která jsem vždycky spala jak zabitá, já se najednou budila desetkrát za noc...* (slečna

Petra).. *jen někdy v noci, když nemohu spát, všechno se mi honí v hlavě..* (slečna Markéta)

Se svoji situací se vnitřně vyrovnala slečna Marie, která to, že potratila své chtěné dítě, bere jako trest za to, že v minulosti podstoupila interrupci… *Zní to asi blbě, ale nějak jsem přijala tu myšlenku, že to, že jsem teď o to dítě přišla, je trest za to, že jsem to první nechtěla. Snad je to dostatečný trest, snad to stačí…. Brečela jsem, ano, brečela, to ano, přišlo mi to hrozně líto, že to tak dopadlo, ale asi tak opravdu mělo být. Nemohu říci, že bych na to všechno zapomněla, ale mám pocit, že jsem se s tím nějak aspoň trochu srovnala. Že už je to za mnou. Já už nemohu vrátit, co se stalo, co bylo. Dneska bych se rozhodovala jinak, ale to už nejde…* I paní Lenka měla pocit.. *ono to pomalu nějak přebolelo…* Postupně se se svojí situací vyrovnala i paní Michaela… *Nemůžu zapomenout na to, co se stalo, ale je to prostě za mnou.* Prožitek potratu jí způsobil i posun ve vnímání sebe sama…*Že mne to nějak změnilo, tahle zkušenost. Jako kdybych byla někdo jiný, ne to jsem řekla špatně, ne někdo jiný, jen prostě takový pocit, že už nikdy nebudu jako dříve…*

Paní Katka své pocity skrývala v sobě a v době rozhovoru byla se situací zcela vyrovnaná…. *Nemohu říci, že by mi nebylo líto, co se stalo, to jo, to mi líto je, ale já jsem se s tím nějak srovnala a nikomu jinému do toho nic není. Prostě se stalo…*

4.6.4 Podpora

Ve čtvrté kategorii podpora byly vytvořeny subkategorie podpora partnera, podpora rodiny a jiná podpora. Zde se dotazované pacientky vyjadřovaly, jakou vnímají či nevnímají subjektivní podporu, která by jim usnadnila se se situací vyrovnat.

a) Podpora partnera

Slečna Petra se ve svém příteli zklamala …..*tenkrát mi to bylo jedno, chtěla jsem, ať už ho nevidím*,…a žádnou podporu od něj v těhotenství nedostala a později, když interrupci zavrhla, ani nečekala. Spálila mosty…*Luboše jsem vymazala ze svého života. Zvláštní, byli jsme spolu rok a najednou mi vůbec nechyběl. Dodneška to neví a já doufám, že se to ani nedoví…*

Jinak měly všechny ostatní ženy ve svých partnerech oporu… *Lukáš říkal, že to vyjde příště. Že než by mělo být to dítě špatné, tak ať raději opravdu není. Že kdyby bylo nějaké špatné, že bychom se trápili všichni…*(slečna Marie)… *Přítel mi řekl,*

že to bude dobré. Že věří tomu, že to byla náhoda. Že se nemám bát….(slečna Markéta)… *řekl mi, že to můžeme přece zkusit znova, že není nic ztraceno. Utěšoval mne, to ano, dokonce ani nechtěl, abych šla do práce,..* (paní Michaela) *… přítel, ten byl moc smutný, ale podržel mne. Byl hodný, vzal si volno, byl se mnou. Pořád říkal a vlastně doteď říká, že příště už to vyjde*...(slečna Gabriela)… . *Ptal se mne, jestli mne něco bolí. Řekl mi, že jsem skvělá, že jsem to všechno zvládla. Od té doby jsme se k tomu nevrátili.* ..(slečna Veronika).

I paní Lenka měla velkou oporu v manželovi…*Když se to stalo, tak mne pořád utěšoval, ať si to tak neberu, že příště už to vyjde….,* ale postupem času mu vadilo, že paní Lenka zpracovává svůj prožitek neustálým vracením se.. *Manžel, no, on mi říkal, že se v tom nesmím utopit … No, manžel mne sice poslouchal, ale asi mu to vadilo, protože pořád říkal, že už na to nemám myslet. Nebo možná, že chtěl, abych se vzpamatovala… já nevím…*

Některé participantky uvedly, jak jejich potrat prožívali jejich partneři… *Taky mu to bylo líto.. Taky se těšil… Plakat jsme ho neviděla, ale on je takový racionální…. ale mám takový pocit, že se s tím nějak srovnal rychleji než já.* (paní Michaela)… *přítel, ten byl moc smutný..* (slečna Gabriela)… *tomu to taky bylo líto, ale brečet jsem ho neviděla* (slečna Veronika)

b) Podpora rodiny

Některé ženy měly potřebu sdílení svých obav, strachů a bolestí a vyhledávaly kromě partnera i maminku, protože intuitivně cítily, že matka jim porozumí trochu jinak, než partner.

Například slečna Petra se na maminku obrátila hned, když jí oznámili diagnózu …. *Hned ve dveřích jsme všechno vyklopila mámě.* Byla ovšem zaskočena její bezprostřední reakcí…*Poslala mne lehnout, ať se vyspím, nijak se nevyptávala… Máma mě nechala, ráno za mnou přišla a říkala, že je jí to líto, ale že to tak bude lepší. Že se nemám bát, že bude všechno dobrý*... Slečna Petra se ale v tu chvíli potřebovala někomu svěřit nejen se svým rozhodnutím, ale i se svými obavami. ... *Ale já potřebovala někoho, komu bych mohla všechno vyklopit, všechno, nejen to, že jsem se rozešla s Lubošem, ale i to, že jsem to nejdřív sama tak chtěla, že vůbec nevím, co bude….* Vzpomněla si, že maminka se jí na nic neptala, jen se jí snažila utěšit a orientovala ji jen na fyzické potřeby... *Máma mně říkala, že teď už je všechno*

dobré, že se musím trochu najíst a vyspat,….Možná má máma pravdu, když mi řekla, že se všechno časem srovná. Slečna Petra ovšem neměla pocit, že by jí maminka nějak výrazně pomohla…*Máma je hodná, ale nějak v tomhle mi pomoci neumí. Když jsem se s ní o tom chtěla bavit, pořád mi jen říkala, že to všechno bude dobré. Asi si myslí, že to i je dobré. Možná, že fakt je...* Pouze paní Katka měla trochu problém s vnímáním situace s maminkou… *Máma se na mne koukla a najednou se zeptala, jestli nejsem těhotná. Řekla jsem, že ne, ale úplně mi zatrnulo. Jak to mohla poznat?... Mrzelo mne, že jsem mámě lhala a chtěla jsem jí to nějak vysvětlit. Že jsem byla těhotná, ale dopadlo to špatně a že jsem jí to nechtěla říct, aby neměla zkažený večer….. Když jsem se najedla, šla jsem za ní. ...Myslela jsem si, že mne pochopí, proč jsem jí lhala.. ...Že by se to nepovedlo, to mne ani nenapadlo, ale že nepochopí, proč jsem jí lhala, to mně přišlo líto…. Tenkrát večer jsem poprvé a naposledy plakala…. ale proto, že mi máma nevěří. Přitom jsem to myslela dobře…*Přesto i paní Katka nezměnila svůj vztah k mamince, stále si myslí, že je to její nejbližší člověk *… Mám ji ráda, ale ta její rekce mne fakt strašně mrzela. Vždyť jsem to myslela dobře. Ona to možná pochopila, ale nepřizná to… Myslím, že její vztah ke mně se taky nezměnil…., ale ona mne zná a ví, že já nechci, nestojím o žádné utěšování. Už jsme se k tomu nevrátily, ani ona, ani já…* Všechny ostatní pacientky měly ve své mamince velkou podporu… *Hladila mne a říkala, že se mám pořádně vyplakat, že to pomůže. Že se mám pořádně vymluvit ze svých starostí. Ono to fakt pomohlo..* (paní Lenka)…. *Maminka? Ta mně nechává brečet. Říká, že to ty slzy musí vyplavit. Ale že nemám smutnit moc dlouho. Že to všechno přejde. Taky říkala, že se to někdy stane, zřejmě to dítě nebylo v pořádku..* (slečna Markéta)… . *Mamince jsem to řekla, ...Ale taky tvrdila, že tělo si pomáhá...*(paní Pavla)… *..Mamince jsem to řekla, ta mi jen pověděla, že nemám být smutná, že tomu malému asi něco bylo, že si příroda pomůže sama...* (slečna Gabriela)…Veronika to své mamince řekla až po měsíci od potratu… *Ano, řekla jsem jí to, ale až skoro po měsíci. Když to tak nějak přebolelo. Byla smutná, ale říkala, že se to asi mělo stát. Říkala, že nikde není psáno, že by se to mělo opakovat…*

Některé ženy si uvědomily, jak zprávu o potratu prožila její maminka.. *Asi jí to taky bylo líto, ale je pravda, že jsem ji neviděla plakat… Vím, že byla smutná. Bylo jí to líto…* (paní Lenka)... *Mamince jsem to řekla, ta to oplakala. ..*(paní Pavla).. *Taky je jí určitě líto, že to tak dopadlo..* (paní Katka). Paní Pavla rovněž vzpomněla na

manželovu maminku, které se sice nesvěřila ona, ale manžel…. *Druhé babičce to řekl manžel. Tu to prý dost vzalo, ale nevím jak, nebyla jsem u toho…*

S prožitky maminek se mísil i mateřský strach o své děti- tedy participantky … *Jen říkala, že mám příště na sebe dávat pozor…*(paní Pavla)… *Vlastně, máma mi ještě řekla, že příště nemám chodit do práce a být rovnou od začátku doma..* (slečna Veronika)…paní Pavla vzpomněla na pozdější podporu manželovy miminky… *když jsem pak otěhotněla, pořád mi říkala, ať si odpočinu a brala si Péťu třeba na celou sobotu…* I paní Katka si uvědomila, že konflikt, který měla se svoji maminkou pramení z jejího strachu o ni… *Místo toho mi vyčetla, že jsem jí to měla říct dřív, že jsem měla přestat chodit do práce, že nejsem nejmladší, že si musím dávat bacha, že se mi to už nemusí povést. Úplně mne dostala…* Paní Katka musela i tuto informaci nějakým způsobem zpracovat a pomohlo jí, že se jí maminka na nic dalšího nevyptávala.. *Aby mne máma neviděla. Doufala jsem, že nepřijde za mnou. Nepřišla…*

Slečna Gabriela si ještě vzpomněla na svoji sestru, které ani neřekla, že byla těhotná… *Mám ještě sestru, ta to ani neví, ta žije v zahraničí, té jsme ani neřekli, že jsem těhotná, natož jak to dopadlo..*

c) Jiná podpora

Slečna Gabriela pozitivně hodnotila pomoc a podporu kolegyně v zaměstnání … *Budete se divit, ale mně moc pomohla kolegyně v práci* vzpomínala na to…*A já zrovna byla zase taková nějaká rozbrnkaná a chtělo se mi brečet a… tak jsem jí to vytelila úplně všechno. Jak mi to všechno je líto, jak jsme narazila na takového protivného doktora v nemocnici a ten náš, že ten mi taky nic neřekl, že snad nikdo kromě toho mojeho přítele nechápe, že se bojím…. Brečela jsem a říkala jsem jí to, ono to možná bylo takové bezhlavé, ale já jak jsem začala, tak jsem to všechno ze sebe dostala a hned se mi udělalo líp. … Ta moje kolegyně mi úžasně pomohla. Jsem jí moc vděčná. Už jenom za to, že mne vyposlechla...* Její kolegyně se jí snažila i nějakým způsobem pomoci- sama se vrátila ke své dávné situaci …*Že mi rozumí, jak mi je, protože si tím sama taky prošla. Že naprosto chápe můj strach, že ona taky hrůzou nespala, když pak otěhotněla….* Poradila jí také, že nemá zůstávat se svými starostmi sama a zkusit si sehnat nějaké informace nebo výpovědi jiných žen po potratu …*Pak mi řekla, že oni neměli internet a že se mám*

podívat tam. Kolegyně slečny Veroniky jí litovaly a poradily… *Holky mne litovaly, říkaly, že jsme měla jít hned na neschopenku…* Slečna Petra si uvědomila, že i jí svým způsobem pomohla kamarádka, i když jí vlastně o svém potratu neřekla… *Zauvažovala jsem tenkrát, že jí všechno povím, ale styděla jsem se. Proč bych jí měla vykládat, že mne pronásledují pocity viny, co je jí vlastně do toho, že jsem potratila… Místo toho jsem se jí zeptala, jestli by se mnou nechodila cvičit. Chodily jsme pak na zumbu.*

Slečna Markéta se o své situaci a svých pocitech ani s nikým nebavila ze strachu z posměchu… *Vždyť by se mi všichni vysmáli. V práci kolegyně vědí, že jsem potratila, to ano, měla jsem tu nemocenskou, ale nijak blíže jsme to nerozebírali.* Paní Katka vůbec nechtěla, aby se kolegyně v zaměstnání dověděly o tom, že potratila…. *Další den jsem šla do práce a jen jsem doufala, že se nikdo nedoví, že jsem potratila. Nechci, aby to někdo v práci věděl. Nechci, aby mne někdo litoval, nebo rozebíral apod. Prostě to nechci…*

Některé ženy, jako například paní Michaela se obrátily na internet. Původně si chtěly najít informace, ale dostaly se na nějaká fóra, kde jiné, neznámé ženy popisovaly svůj stav a svoje pocity... *Na netu jsem něco našla, četla jsem si nějaká fóra*.. nebo slečna Gabriela.. *Ano, šla jsem pak za pár dní na net….. Kupodivu jsem našla i nějaká fóra, kde lidi psali, že se jim to taky přihodilo. Už jenom to, že si člověk přečte, co o stejné věci napíše ten druhý, už to mi pomohla získat trochu klidu*. Slečna Veronika si cíleně hledala na internetu podporu .. *Já si to všechno našla na internetu. Asi až moc, ale to bylo spíš takové subjektivní….* Také slečna Markéta si hledala informace na internetu…. *Něco jsem si hledala na internetu. Něco jsem i našla. Ale nevím, jestli mne to uklidnilo…*

d) Podpora zdravotníků po potratu

Slečna Petra vnímala pěkný přístup ze strany svého ošetřujícího gynekologa .. *Byl hodný, uklidnil mne. Moc jsme mu nerozuměla, …ale dal mi naději*.. ale mnohem častěji měly ženy pocit lhostejného chování těchto lékařů. Nejednalo se o lékaře v nemocnici, ale ambulantní lékaře, ke kterým ženy docházely na kontrolu a další péči. *…Já se ho ptala, jestli se to může opakovat, na to mi odpověděl, že může, ale že to by mne pak musel poslat na genetiku, kdyby se to opakovalo. To bylo takové podle mne dost necitlivé, ale on to asi myslel dobře. On už je starší a asi je zvyklý na*

takové věci, ale mne přišel takový lhostejný, takový .. já nevím, jak to nazvat…neúčastný??, něco takového, že prostě se to stalo a dost, že vše je vyřešené, já jsem v pořádku, tak co by něco dál řešil…. (paní Lenka). Ve výpovědích se vyskytl pocit určitého zlehčování situace.. *Paní doktorka mi jen řekla, že je vše v pořádku a že mám s dalším těhotenstvím počkat, minimálně 3 měsíce…* (slečna Marie).. . *Nějak si potom akorát vybavuju kontrolu u paní doktorky- říkala, že se to stává. A že mám být v klidu…*(slečna Markéta).. *Ale ano, odpověděl, ale měla jsem pocit, že je zajímá prostě jen čárka do statistiky, prostě stalo se a příště se to stát nemusí, třeba v té porodnici je zajímalo, jak moc krvácím, ale že se potřebuju vybrečet, že je mi to všechno tak hrozně líto, to ne. A prý mám všechno řešit přes svého gynekologa…*(slečna Gabriela)… *Taky se mně nikdo nezeptal, jestli něco nepotřebuju.* (slečna Veronika). Ze svého ošetřujícího gynekologa byla slečna Gabriela velmi rozčarovaná.. *.Já nevím, jestli je to nějaká otupělost, nebo profesionální deformace, ale když jsem tam přišla na kontrolu, tak se mne jen zeptal, jestli jsem si odhlásila ten ultrazvuk ve 13. týdnu…. Jinak nic. Jen se mne ptal, jestli ještě krvácím, udělal mi ultrazvuk, vyšetřil mne a dost ...Ptala jsem se ho, proč se to tak stalo, a on mi řekl, že někdy se to stává. Nic víc. A když jsem se ptala, čeho bych se příště měla vyvarovat, tak řekl, že nic. No, nevím, měla jsem z něj velmi rozpačitý pocit, přitom jsem tam nikdy neměla problémy...* Paní Katka si naopak pochvalovala… *Byla jsem ráda, že i na kontrole se doktor nevyptával…*

V povědomí veřejnosti splývá pojem porodní asistentka a sestra na gynekologii a proto všechny oslovené ženy hovořily o porodních asistentkách jako o sestrách. Některé ženy vzpomínaly na pěkný přístup porodní asistentky-sestry,.. *Na mne byla hodná ta sestřička v nemocnici, ta byla takové milá, já vlastně ani nevím, jestli mi něco říkala, jen jsem z ní měla takový dobrý pocit..*(paní Lenka).. Na porodní asistentku v ambulanci si vzpomněla pouze slečna Gabriela ..*Tak ta (sestřička) taky nic, ta se mne jen ptala, jestli jsem dostala neschopenku. Ale ta je taková nemluvná…* Jiné participantky vůbec na porodní asistentku nevzpomněly.

4.6.5 Potřeby

Samostatnou kategorií byly potřeby, které ženy subjektivně udávaly. Pouze paní Katka a slečna Veronika tvrdily, že nebyly uspokojeny jejich fyzické potřeby- ..*Vy jste se ptala, co mne ovládalo- myšlenka na jídlo.. Akorát jsem měla hrozný hlad. Nevím, už se mi stalo, že jsem někdy od rána nejedla a dostala se k jídlu*

až odpoledne, ale nepamatuji se, že by to bylo tak intenzivní. A teď jsem měla pocit, že snad ani do toho obchodu nedojedeme… (paní Katka) a .. *.Měla jsem žízeň a i hlad, ...Měla jsem chuť na sladké…* (slečna Veronika). Fyzickou potřebu spánku jako úniku od vtíravých myšlenek měla slečna Marie. . *Spát, pamatuji se, jak jsem chtěla spát. Spát a zaspat to, zaspat ten hlásek, který mi pořád připomínal, že jsem po zásluze potrestaná. Pak nevím. Musela jsem nějak fungovat, jíst, chodit na záchod, ale prostě nevím. Prospala jsem dva dny…*

a) Potřeba sdílení pocitů

Některé ženy si jasně uvědomovaly, že prožitek a svoje pocity musí vyventilovat, sdělit je někomu, třeba i anonymnímu, aby se dokázaly s touto situací srovnat a přitom nevěděly, kam se obrátit… *Tak to určitě, já jsem potřebovala někoho, kdo by mi pomohl nějak se z toho vymluvit....., ale možná, kdyby byl nějaký odborník...dneska je to asi jedno, ale třeba by mi bylo líp, třeba bych se z toho dostala dříve..* (paní Lenka). *Ne, já, ...já...já to potřebuju někomu říct. ..Že se strašně bojím...mám strach, mám strach.. Že si nějak neumím pomoci. Nějak poradit. Že si se sebou nevím rady. Že se bojím. Mám pocit, že se bojím už úplně všeho, co s tím vším souvisí…* (slečna Markéta). *Chtěla jsem tu bolest ze sebe nějak dostat. Nebolelo mne břicho, ale duše. Chtěla jsem, aby mne někdo poslouchal, abych mohla mluvit a mluvit, dostat ze sebe ten pocit viny, že si za to, co se stalo, vlastně můžu sama, protože jsem původně to dítě nechtěla…* (slečna Petra).Velice pozitivně hodnotily ženy tuto pomoc vlastní maminky.. *Že se mám pořádně vymluvit ze svých starostí. Ono to fakt pomohlo..* (paní Lenka)… *Maminka? Ta mně nechává brečet. Říká, že to ty slzy musí vyplavit. Ale že nemám smutnit moc dlouho. Že to všechno přejde..* (slečna Markéta).

Jedné ženě pomohlo, když své pocity a myšlenky sdělila kolegyni v zaměstnání *…a říkala jsem jí to, ono to možná bylo takové bezhlavé, ale já jak jsem začala, tak jsem to všechno ze sebe dostala a hned se mi udělalo líp…*(slečna Gabriela), jiná s úžasem zjistila… *Víte, ono to zní divně, ale já jsem ráda, že jsem si o tom mohla popovídat s váma…* přestože od jejího spontánního potratu už uplynula delší doba a už měla zdravé miminko (paní Lenka).

Hledala jsem nějaké stránky, kde bych našla někoho, kdo má stejný problém, někoho, s kým bych si mohla když né popovídat, tak aspoň napsat. Nakonec jsem nikam

nepsala, přišlo mi to takové nějaké hloupé. Možná, že to byla chyba.... (slečna Petra). *..Kupodivu jsem našla i nějaká fóra, kde lidi psali, že se jim to taky přihodilo. Už jenom to, že si člověk přečte, co o stejné věci napíše ten druhý, už to mi pomohla získat trochu klidu.* Ani slečna Gabriela nenapsala do fóra svůj příspěvek. Toto potřeba by se dala chápat jako potřeba kontaktu se sdílecí skupinou, i když ani jedna z žen se do skupiny aktivně nezapojila.

Kupodivu žádná z oslovených žen nevyužila služeb poradny, ať už internetové a nebo fyzické. *.. Jo, to jsem něco našla, někde v Brně. Ale nepsala bych tam. Jedině kdyby mně to ničilo nějak fyzicky a to neničí, sice občas ještě brečím, ale spím dobře…* (slečna Gabriela)

Slečna Markéta, která stále ještě v době rozhovoru byla v psychické nepohodě, vůbec žádnou poradnu nehledala…*Ale já ji ani nehledala. Myslíte, že bych měla? Nebo nějakého psychologa? Ten ale asi bude drahý…*

Ukázalo se, že jen jedna že žen neměla vůbec potřebu sdílení pocitů… *A byla jsem ráda, že na mne nikdo nemluví, že se neptá. S tím se musím popasovat sama...* (paní Katka).

b) Potřeba informací

Všechny participantky ale postrádaly zasvěcené a podrobné informace od lékařů a to nejen hned při zjištění hrozícího nebo probíhajícího potratu….. *Jela jsem k doktorovi a ten mi nic neřekl, jen, že když krvácím, že musím do nemocnice….*(paní Lenka)… *Doktor mi řekl, že krvácet bych neměla, ale že těhotenství je v pořádku…. Že mám v děloze nějakou modřinu a proto krvácím.. moje doktorka mne vyšetřila, řekla mi vlastně totéž, co ten doktor v nemocnici ..*(slečna Markéta)… *Řekl mi, že to nevypadá dobře. Že si myslí, že o to těhotenství přijdu..*(slečna Veronika) … *Já jsem sestra, já jsem věděla, co to znamená. Stejně mi nic dalšího neřekl, jen že budu muset jít na revizi* (paní Katka)… Pouze paní Pavla uvedla, že … *Paní doktorka se mi snažila vysvětlit, že se to někdy stává, že si příroda někdy pomáhá sama, že je pravděpodobné, že byl nějaký problém přímo v tom dítěti a proto se příroda snaží, aby se nenarodilo….*

Při nutnosti podstoupit revizi dutiny děložní dostala srozumitelní informace pouze slečna Gabriela… *Docela hezky mi vysvětlila, co se bude dít dál.* Ostatní ženy, pokud tuto informaci dostaly, ji úplně vytěsnily z paměti… *já už si to přesně*

nepamatuju. Dali mi něco podepsat... (paní Lenka).. *ale já vůbec nevím, co mi říkal.. Nezlobte se, já si dál nějak moc nepamatuji…* (slečna Marie).. *Ještě jsem musela na to vyčištění a to bylo dost nepříjemné. ..Nikdo mi nic neřekl…*(paní Michaela) *…to jsem akorát dostala k podpisu všechny možné souhlasy a čekala na doktora*..(slečna Veronika)… *Ano, říkali mi o tom vyčištění a že dostanu narkózu, že nebudu nic vědět. A potom, když jsem šla domů, tak že je všechno v pořádku a že budu asi týden ještě krvácet, to ano, ale k tomu potratu mi neřekli nic...* (paní Michaela).

Slečna Markéta měla potřebu získat nějaké informace.. *Když jsem se ptala, co to znamená, tak řekl, že budu mít narkózu a nic neucítím…*Ve výpovědích se objevily i reakce na administrativní úkony.. *že kdyby mi nějak víc vysvětlili, co vlastně podepisuju za papíry, já to vlastně ani nevím, já jsem něco podepsala a vlastně ani pořádně nevím, co. Je pravda, že to bylo v noci, ale možná by bylo lepší, kdybych o tom víc věděla…* (paní Pavla)… *Rychle rychle podepsat souhlas, ale prostor pro dotazy nemáte…* (slečna Veronika).

Paní Katka, která je povoláním sestra, byla jediná, která nehovořila o získávání informací… *Já se na to možná dívám jinak, když jsem sestra a vím,.. ,* jinak ostatní respondenty měly pocit deficitu informací i v období následujícím po potratu. Dokonce i paní Katka ale uvedla .. *já to celkem znám, ale možná, že té spoluležící ano (chyběly informace). Pořád se na něco ptala…* Informace, které ženy dostaly od zdravotnického personálu byly velmi stereotypní a týkaly se pouze časových období, kdy se mohou ženy opět pokusit o otěhotnění. … *Řekl, že je všechno v pořádku a že máme aspoň 3 měsíce počkat s dalším těhotenstvím..* (paní Lenka) … *Paní doktorka mi jen řekla, že je vše v pořádku a že mám s dalším těhotenstvím počkat, minimálně 3 měsíce..* (slečna Marie)… *Jen že si máme dát teď pauzu..* (slečna Markéta).. . *Doktor mi taky řekl, že bychom měli tak půl roku počkat…*(paní Michaela)… *A že si máme teď dát chvíli pauzu...*(slečna Veronika). Přestože hledání příčin po potratu je zcela normální …*Pořád jsem přemítala, co jsem udělala špatně, že se to stalo. Proč, proč se to stalo právě nám...*(paní Lenka*)… tak mne napadlo, co jsem udělala špatně, proč se to stalo...*(slečna Marie),… . *Já jsem přemýšlela, proč se to stalo zrovna mně, ale nic jsem nedělala, co bych si* vyčítala…(paní Michaela)., participantky postrádaly erudované odpovědi od zdravotnického personálu… *A když jsem potom byla na kontrole, tak mi doktor řekl, že se to někdy stává a že si příroda pomáhá sama..* (paní Michaela)… *, ale třeba, když jsem šla*

k doktorovi, že jsem asi těhotná, tak mi mohl říct, čeho se mám vyvarovat...(slečna Gabriela). ..*Ale byla jsem tam s nějakou holkou, co nevěděla vůbec nic. Takže možná to líp vysvětlit*...(paní Katka). Paní Pavla měla těhotenství komplikované tím, že otěhotněla, i když užívala hormonální antikoncepci a rovněž postrádala informace, které se snažila získat u svého lékaře....*Zeptala jsem se doktora- prý neví*.. Některé ženy si hledaly informace na internetových stránkách… *Jenže pak mi došlo, že se asi jinak nic nedozvím*...(slečna Gabriela).. *Pak jsem se začetla i do nějakého článku od nějakého gynekologa, tam to bylo celkem dobře napsané …ale co jsem si nenastudovala na internetu, to jsem fakt nevěděla*...(slečna Veronika). I paní Pavla hledala na internetových stránkách, ale informace nikoli o potratu, ale o otěhotnění při hormonální antikoncepci.

Neinformovanost byla možná příčinou nezpracování prožitku slečny Markéty …. *Ano, informace. To je ono. Jak se mám prát s nepřítelem, když ho neznám. Já jsem si sice něco našla, ale asi by to chtělo probrat, já tomu moc nerozumím. Já,… já bych potřebovala nějaké asi vysvětlení…*

c) Potřeba podpory zdravotníků

Některé ženy postrádaly podporu zdravotníků a vnímaly její deficit jako svoji potřebu. ..*Třeba v té porodnici je zajímalo, jak moc krvácím, ale že se potřebuju vybrečet, že je mi to všechno tak hrozně líto, to ne*... (slečna Gabriela)…*takhle má člověk co dělat se sebou, aby to trochu ustál a když vidí ten nezájem…nebo …možná že to není nezájem, že je to profesionální deformace, asi by to chtělo trošku vidět člověka, třeba uplakanou holku, co si se sebou neví rady a třeba ji trochu podpořit.* .. *nikdo na mne nebyl vysloveně nepříjemný, ale taky mne nikdo nijak nepodpořil. Já nevím, jestli jsme něco takového očekávala, ale když se na to dívám zpětně, tak bych to asi potřebovala*…(slečna Veronika)… *On (lékař) už je starší a asi je zvyklý na takové věci, ale mne přišel takový lhostejný, takový .. já nevím, jak to nazvat…neúčastný??... o tu neschopenku jsem si musela říct*.. (paní Lenka). Slečna Marie se pozastavila nad faktem, že se s ní vůbec nikdo nebavil na téma omluvenky do zaměstnání....*Ještě mne napadlo, ona je to asi blbost, ale mne se nikdo nezeptal, jestli mám nějakou omluvenku do práce. Já bych třeba uvítala pracovní neschopnost, ale to nějak nikoho nezajímalo*… Slečna Markéta jen uvedla… *Ne, neporadil mi nikdo, kde mám hledat pomoc*..

Paní Michaela popisovala své pocity a potřebu podpory v nemocnici…*tam jsem spíš potřebovala takové nějaké vlídné slovo. Ale vyloženě nepříjemný na mne nikdo nebyl, jen jsem měla pocit, že jsem na všechno strašně sama a že mi nikdo nerozumí. Že nikdo nechápe, že je mi líto, že se to stalo. Že prostě pro ně jsem další, co jí budou čistit dělohu*… Ve výpovědi paní Pavly se potřeba podpory prolínala s potřebou získávání informací.. *Podporu? Ani ne, všichni na mne byli hodní, akorát, možná, že kdyby mi nějak víc vysvětlili….*

4.7 Diskuse

Tělesné vnímání a cítění těhotné ženy, to, jak reaguje na těhotenství její organismus, je zcela neoddělitelnou součástí jejího prožívání, chování a psychických reakcí (Ratislavová 2008. s. 37). Plánovaná těhotenství jsou v naprosté většina přijímána pozitivně, ale neznamená to, že v případě neplánovaného těhotenství musí nutně platit opak (Tyrlík, Jelínková, Kukla 2004, s. 178). Pocity a prožitky žen, které spontánně potratily, jsou velmi různé. Na potrat hůře reagují ženy po plánovaném a chtěném otěhotnění, po interrupci s reziduálními pocity viny (potrat jako trest), s jinou ztrátou v anamnéze a ženy bez podpory okolí nebo s neuspokojivým partnerským vztahem. Psychickou odolnost zvyšuje vysoká sebeúcta a sebehodnocení ženy (Ratislavová 2008. s. 38). Těhotenská ztráta v jakékoli fázi a období těhotenství působí velmi bolestně. Někteří zdravotníci tvrdí, že plod není hotový člověk a mnohem horší, než samovolný potrat, je porod mrtvého plodu, a běžně potrat považují za menší neštěstí, ale ženy v tomto nevidí mnohdy velký rozdíl (Kohnerová, Henleyová 2013, s. 82). Období prožívání této ztráty a období po něm je možné nazvat psychickou krizí, protože se rozvíjí po těžké, stresující události, která svoji závažností přesahuje obvyklou lidskou zkušenost. (Hašto 2011, s. 161) Přestože v praxi mnohdy zdravotníci na tuto krizi u žen po prodělaném spontánním potratu nepomýšlejí, psychologové, například Mlčák (2005), Praško (2005), Bartáková (2013), Vodáčková (2012), Lebdušková (2014) apod. ji v odborné literatuře popisují. Podle Caplana se psychická nebo spíše psychosociální krize vyvíjí ve čtyřech fázích, které na sebe vzájemně navazují. Ve fázi expozice narůstá napětí, úzkost, pocit bezmoci a mohou se objevit somatické potíže. Ve fázi pokusných řešení se sám postižený pokouší vzdorovat situaci a hledá a ověřuje cesty zvládnutí obtíží. Vyhledává také laickou pomoc (Peška 2004, s. 140). V této fázi již vzniká riziko chronicity, zvláště, když se volí například alkohol či jiná krátkozraká pseudořešení. Ve fázi mobilizace vnitřních a vnějších zdrojů se daří uskutečňovat konstruktivní kroky a narůstá pocit uvolnění. Jedinec si uvědomuje, že získal cenné nové poznatky a vhledy do svých problémů. Zde může člověk vyhledat odbornou pomoc či podporu. Ve fázi rezoluce je krize překonána a člověk vytváří nový pohled, hodnotí ztráty a zisky a proběhlá krize může být přehodnocena jako pozitivní životní zkušenost. Fáze zpracování trvá různě dlouho, od několika týdnů až po 12 měsíců,

vše záleží na závažnosti krize a osobnosti daného jedince. Krize rozdělujeme na akutní, nápadné a bouřlivě probíhající stavy, které navazují na předchozí zjevnou závažnou událost. Tyto formy mohou mít relativně krátkodobý průběh a mohou být efektivně řešeny. Může ovšem dojít k chronifikace a krize chronické trvají dlouho a krize se většinou projevuje jako neurotická porucha (Peška 2004, s. 140).

Ve výpovědích oslovených ženy byly zjištěny i některé somatické potíže- poruchy spánku, ale hlavně potíže psychické- úzkost, strach, obavy.

Jedinec ve stavu duševní krize disponuje v různé míře vytvořenými a rozvinutými vnitřními zdroji zvládání (tzv. coping) tíživé situace. U svépomocných řešení jsou uplatňovány zkušenosti z překonávání podobných situací v minulosti, pokud přinášely někdy alespoň nějaký pozitivní efekt, zafixují se a člověk má tendenci je opakovat a stávají se základem jeho obranné strategie. Člověk v krizi se ale pokouší vytvářet i formy nové. Některé volby mají svůj adaptivní potenciál a mohou přispět k nalezení cesty ven z pomyslného bludiště krize, jiné jsou jen slepými rameny, jimiž postižený bloudí a zhoršuje svou situaci. V inventáři svépomocných řešení můžeme nalézt například zaměření se na náhradní aktivity – úniky do horečné pracovní činnosti. Cílem obranných reakcí je obnovení a uchování psychické pohody a rovnováhy. Někdy, pokud je zátěž příliš velká anebo kompetence určitého jedince omezenější, mohou být obranné mechanismy méně funkční, a rovnováha, kterou vytvářejí, je nedokonalá. Individuálně typický způsob reakce na zátěže ovlivňuje i dispozičně podmíněný typ temperamentu a mnohé další faktory, např. úroveň inteligence. Projeví se zde i sociokulturní zkušenost, protože každá společnost určité obranné strategie preferuje a jiné potlačuje. (Peška, 2004, s. 140).

U jedné ženy byla zjištěna ověřená úniková cesta zvládání zátěže- konzumace čokolády, tato participantka se také zaměřila na náhradní aktivitu- úklidovou činnost. Většina žen jako obranný mechanismus používala popírání a vytěsňování.. Žádná z oslovených žen ale nevyhledala odbornou pomoc. U všech žen se vyskytly některé příznaky PAS (poruchy spánku, děsivé sny, popření či potlačení emocí, upřené pozorování těhotných žen a malých dětí nebo panický strach při pohledu na ně, nekontrolovatelné přání „napravit“ zážitek potratu pomocí rychlého znovuotěhotnění, neschopnost soustředit se, hyperaktivita, návaly úzkosti a zlosti, nekontrolovatelný pláč, otupení citů (“robot feeling“ – chovat se jako robot). Bohužel se žádné z nich nedostalo odborné pomoci. Ženy potřebují vědět, že jejich reakce na vzniklou situaci jsou normální a je zcela nevhodné tyto reakce vědomě

potlačovat, protože nezpracované silné emoce mohou vybuchnout v nevhodnou dobu a jejich výbuch a nezvladatelnost může ovlivnit život ve vztazích. (Freedová, Salazarová 2008, s 25). První pomoc při PAS je založena na trpělivém a upřímném vyslechnutí člověka. Zásadní místo zde má osoba, které se žena může svěřit a je zcela jedno, jestli je to maminka, partner, kamarádka, psycholog či porodní asistentka- důležité je, aby žena měla možnost říci někomu o svých pocitech, trápení, problémech a myšlenkách. Ženy toto sice neví, ale intuitivně nějakou takovou osobu vyhledávají (Lebdušková 2014, s.96). Oslovené respondentky vyhledávaly pomoc rodiny, případně laickou pomoc na internetu- fóra.

Pro ženy po prodělaném spontánním potratu je velice důležitá sociální opora, ať už jsou to příbuzenské systémy, široká rodina, lidé v okolí bydliště člověka, sousedé, lidé z pracoviště, školy, farnosti, zdravotní a sociální služby, obecní a neziskové organizace, média aj (Hamerníková 2015). Častým jevem je podpora partnera u žen, které své neplánované těhotenství přijaly pozitivně (Tyrlík, Jelínková, Kukla 2004 s. 178). Po spontánním potratu nebo po porodu mrtvého plodu je u partnerů žen případná deprese kratší a podstatně méně intenzivnější (Ratislavová 2008, s. 38). Tato skutečnost byla potvrzena u několika oslovených žen. Podle Rastislavové (2008, s. 38) mohou muži ženinu reakci vnímat jako přemrštěnou a tato rozdílná intenzita vnímání může zvýšit riziko partnerského nesouladu.

Ve fázi zpracování se většina žen obrátila na laickou pomoc- většinou na svoji matku, případně na svého partnera, kolegyni či kamarádku, některé ženy využily dostupnosti internetu, ovšem zde se také neobracely na odborníky, ale orientovaly se pouze na fóra, kde své zkušenosti anonymně popisovaly jiné ženy.

Analýzou rozhovorů bylo zjištěno, že zejména v tomto období byl pro ženy značně frustrující deficit informací. Respondentky hledaly příčiny, proč došlo k potratu a vlastně nevěděly, kam se obrátit. Informace od lékařů byly velmi kusé, ženy měly z přístupu lékařů pocity nezájmu. U několika žen se opakovaně vyskytoval strach z opakování situace, o to větší, že neznaly příčinu samovolného potratu a chyběly jim informace o tom, proč se většina příčin nezjistí. Interakce se zdravotníky je pro ženy zcela zásadní a směrodatnou zkušeností, ale v této oblasti je mnoho nedostatků a rezerv. V období před potratem a při samotném potratu se ženy nacházejí v zátěžové situaci, která může snižovat jejich kognitivní funkce jako například porozumění. Ne vždy toto zdravotníci zohledňují při podávání informací, informace jsou nesrozumitelné, neadekvátní, příliš odborné. Zanedbatelná není ani časová

stránka, kdy informace jsou podávány ve velké rychlosti bez zpětné vazby od informovaného. Nabízí se otázka, zda-li je kontakt zdravotníků, nejen lékařů, ale i porodních asistentek s těmito ženami obtížný. Tento kontakt může vystavit zdravotníky vlastním obavám, případně negativní psychické zátěži, mohou se i u nich rozvinout některé příznaky PAS a o to více se snaží těmto ženám podvědomě vyhýbat. Mezi vzorce chování lékařů a porodních asistentek patří co možná nejrychlejší vyřízení potratu jako strategie „nic se nestalo“, racionalizace a bagatelizace zármutku s upozorněním, že příště bude vše dobré a omezení lékařského rozhovoru na medicínsko-přírodovědné skutečnosti (Ratislavová 2008, s. 37).

Přestože je v nemocnicích doporučována kontrola ošetřujícím gynekologem za 2 týdny, podle Čepického (2007, s. 102) je vhodná kontrola po spontánní potratu po týdnu, i když není medicínský důvod a to právě proto, že ženy chtějí slyšet vysvětlení, informace o příčinách potratu. Čepický (2005, s. 5) také doporučuje ženám po spontánním potratu v prvním trimestru a jeho nekomplikovaném průběhu pracovní neschopnost v trvání 2 týdnů.

Podle Bowlese et al. (2000, s. 1690) většina primárních lékařů nepovažuje samovolný potrat jako spouštěč posttraumatické stresové poruchy a tito autoři doporučují, aby ženám v ordinacích primárních lékařů byla nabízena pomoc, případně byly odesílány ke specialistům. V novějším článku z roku 2006 (s. 972) Bowles et al.doporučují, aby lékaři své pacientky po spontánním potratu testovaly na přítomnost posttraumatické stresové poruchy za měsíc po potratu a při pozitivním výsledku byly tyto ženy odeslány ke specialistům psychologům. Ke stejnému doporučení došli i Sejourné et al. v roce 2008 (s. 440).

Participantky vyjadřovaly potřebu o projevení zájmu poskytovatelů péče a potřebu získat doplňující informace. Pomoc odborníků nevyhledala žádná žena, jedna si aktivně našla spojení na psychologickou poradnu na internetu, ale nakonec její služby nevyužila, ostatní ženy ani o této pomoci nevěděly.

Někdy je patrné, že zdravotníci neumí vždy dobře porozumět signálům či symptomům stresové reakce pacientky. Proto se autorka této práce domnívá, že porodní asistentky by měly mít dostatek informací nejen o medicínské stránce spontánního potratu, ale i po stránce psychické, případně určité psychologické znalosti, které by měly umět v praxi použít. Získávání těchto znalostí by bylo jistě vhodné nejen v základní formě vzdělávání porodních asistentek, ale i v navazujících

kurzech. V současné době se již někteří psychologové na tuto problematiku specializují a pořádají odborné kurzy (například v NCONZO v Brně) pro porodní asistentky.

4.7.1 Doporučení pro praxi

Ze získaných rozhovorů je patrné, že ženy nejvíce postrádaly informace a podporu zdravotnického personálu. Proto by se odborníci v praxi měli zaměřit na poskytování informací a zároveň rozšiřování podpory ze strany zdravotnického personálu. To platí nejen pro lékaře, ale i pro porodní asistentky. Podle definice, která byla přijata na kongresu Mezinárodního výboru porodních asistentek konaném v Durbanu v roce 2011 je porodní asistentka uznávána jako zodpovědný zdravotnický pracovník, který pracuje jako partner ženy a poskytuje jí potřebnou podporu, péči a radu nejen v průběhu těhotenství, porodu a v poporodní době. Porodní asistentka má velmi důležitou úlohu ve zdravotním poradenství a vzdělávání nejen žen, ale i v rámci jejich rodin a celých komunit. Tato práce by měla nejen zahrnovat předporodní přípravu a přípravu k rodičovství, ale měla by být i do oblasti zdraví žen, sexuálního nebo reproduktivního zdraví a péči o dítě. (2012).

Důležitou součástí činností porodní asistentky je preventivní působení v oblasti primární péče o ženy v každém věku a v závěrech konference v Alma Atě roku 1978 byl zdůrazněn význam této prevence (Ajglová 2010, s 533). Ošetřovatelská péče zahrnuje kromě jiného výchovu pacientky k podpoře a obnově zdraví a poskytování informací. Zcela nezastupitelná je úloha porodní asistentky jako edukátorky (Lajdová, Botíková 2010, s. 76) a podíl porodní asistentky na edukačním procesu ženy je nesporný, neboť právě ona je prvním profesionálním kontaktem pro ženu v oblasti primární péče a má nejvíce informací o problémech a potížích, které žena prožívá (Lamková, Boroňová 2010, s. 86).

Ženy mají nárok na řádné informace o problémech a případných řešení problémů, se kterými se setkávají. Nestačí ovšem pouze předložit ženám zdroje informací, dodat odkazy, ze kterých mohou čerpat, ale musí být také vyslechnuty a edukovánay a to především porodní asistentkou. Aby se porodní asistentky mohly této oblasti a správné edukaci věnovat, je nutné, aby měly dostatečně široké a hluboké teoretické znalosti, správné, zažité praktické dovednosti a pedagogický talent (Vránová 2007 s.246).

Porodní asistentka při kontaktu s ženou po potratu může využít především psychologický přístup, který můžeme chápat jako souhrn psychologicky působících vlivů, které zahrnují šetrné zacházení s lidmi, zohledňování lidského faktoru v medicíně, respektování lidských práv či etických otázek ve zdravotnictví. Zvýšením zájmu o prožívání pacienta zvyšujeme nároky na způsob zacházení s ním a klademe důraz na komunikační dovednosti zdravotníka (Zacharová 2011, s. 255). Ti, kdo projeví zájem i třeba jen větou „je mi to líto“, poskytují více, než veškeré odborné úsilí (Kohnerová, Henleyová 2013, s. 68).

Ženám by měly být poskytnuty relevantní informace. Zůstává otázkou, jak podrobné informace ženě sdělit, pokud je ortel samovolného potratu jasný a žena jen čeká na revizi dutiny děložní. Zde by měly být informace jasné, jednoznačné, ale stručné. Nejen ústní, ale i písemné. Podle čl. 5 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně je stanoveno obecné pravidlo, že jakýkoli zákrok v oblasti péče o zdraví je možno provést pouze za podmínky, že k němu dotyčný osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas a proto jsou v mnoha zařízeních tyto informace součástí Informovaného souhlasu. Informovaný souhlas ale pacientky podepsaný vrátí lékaři a ten založí do dokumentace, tedy informace žena pouze přečte- bez možnosti se k nim vrátit. Bylo by jistě možné tento informovaný souhlas vytisknout ženám dvojmo s tím, že by jeden výtisk byl založen do dokumentace a druhý by si nechala pacientka. Porodní asistentka by měla ženě zajistit dostatek soukromí a podporovat ženy ve vyjadřování pocitů a otevřené komunikaci. Nebránit jí v pláči, ale sledovat její psychický a emocionální stav.

Při odchodu ze zdravotnického zařízení by měly být ženy informovány o tom, kde hledat pomoc v případě komplikací. Nejen fyzických, ale i psychických. Porodní asistentky by si měly umět najít čas se s těmito ženami ještě před propuštěním ze zdravotnického zařízení sejít a správně je edukovat, případně jim doporučit kontakty komunitní porodní asistentku a na psychologickou službu. Návrh na leták je zobrazen v příloze. Ovšem zůstává otázkou, zda-li je vhodné ženy po revizi dutiny děložní propouštět za 4 hodiny po zákroku a nebyla-li by v tomto ohledu vhodná úprava legislativy (doporučených postupů).

Bylo by nanejvýš vhodné se s určitým odstupem času s těmito ženami setkat a vysvětlit jim, že truchlení po spontánním potratu je zcela fyziologické, seznámit je s normálním průběhem truchlení a upozornit je na to, že truchlení je zcela individuální a může trvat různou dobu. Ne vždy ovšem může tuto dobu okolí

akceptovat. Podle Rastislavové (2008, s. 38) je vhodné takové setkání přibližně za týden. Je velmi důležité ochránit ženu před sebeobviňováním. Dle soudu autorky by tomuto setkání mohli být přítomni i partneři, pokud by měli zájem a pokud by i žena měla zájem na přítomnosti partnera. Zde se otevírá velký prostor pro porodní asistentky, zejména v komunitní péči. Zůstává otázkou, zda-li je vhodnější individuální forma či forma skupinová. Dle soudu autorky by bylo vhodnější z pohledu porodní asistentky individuální setkání, nejdříve pouze se ženou, v případě zájmu další setkání s oběma partnery. Skupinové setkávání dle soudu autorky patří spíše do svépomocných skupin nebo řízeně do psychologické péče.

Pro porodní asistentky by byly vhodné kurzy, jak pracovat s ženou po potratu či po porodu mrtvého plodu. V práci porodní asistentky by rozhodně neměla chybět supervize.

Přestože se více pozornosti věnuje rodičům po porodu mrtvého dítěte, neměla by ani žena po spontánním potratu, případně oba partneři stát stranou našeho zájmu.

ZÁVĚR

Samovolný potrat ve kterékoli fázi těhotenství berou ženy jako stresovou, krizovou situaci, která velmi často není nejen odbornou veřejností, ale i společností akceptována. V poslední době se více zaměřujeme na problematiku žen s perinatálním úmrtím, ale ženy s prodělaným spontánním potratem v brzkých fázích těhotenství jsou stále stranou našeho zájmu. Přitom i tyto ženy si zaslouží naši péči, ať už je to péče lékaře, porodní asistentky či psychologa.

Diplomová práce se zabývá problematikou subjektivného prožívání žen při a po prodělaném spontánním potratu. Je rozdělena na část teoretickou část praktickou. V teoretické části je popsána psychologie těhotenství, spontánní potrat a psychické aspekty po spontánním potratu. Ke zpracování teoretické části byly použity jak odborné monografie, tak články z odborných periodik týkajících se řešené problematiky. Vyhledávání relevantních zdrojů bylo definováno podle klíčových slov v databázi BMČ, Medvik, EBSCO, Medline, Cochran, Pubmed a elektronického vyhledávače Google scholar. Relevantnost jednotlivých článků byla hodnocena zejména dle aktuálního impact factoru dané periodiky, který se pohyboval v rozmezí 0,6 – 3,1. Pro získání článků nedostupných v elektronické podobě využila autorka služeb ústavní a místní knihovny. Vyhledávání bylo započato v listopadu 2013 a bylo průběžně doplňováno do konce října 2014. K této problematice bylo nalezeno 315 českých i zahraničních článků. K samotné rešerši jich byla použita nakonec přibližně jedna třetina, a to z důvodů duplicitních a zastaralých informací. Autorka pracovala s články od roku 2000, které byly doplněny několika články staršími, které mají povahu longitudinálních studií se stále neuzavřeným závěrem. Cílem rešeršní činnosti bylo nalézt dostatečné množství přehledových článků, odborných textů a studií pro získání přehledu k danému tématu. Při studiu článků jednotlivých autorů narážela autorka na problémy s nejednoznačným vymezením pojmů. Někteří autoři pod pojmem potrat uváděli pouze spontánní potraty, někteří pouze umělé přerušení těhotenství- interrupce, v některých pracích byly tyto pojmy smíchány a případně nerozlišovány.

V praktické části se autorka formou kvalitativního výzkumu věnovala subjektivnímu prožívání žen po samovolném potratu s důrazem na jejich potřeby. Byly popsány pocity žen po potratu a byly identifikovány jejich potřeby. Tyto cíle práce byly splněny. V části Doporučení pro praxi se pokusila autorka zformulovat náměty

ke zlepšení práce porodních asistentek v ústavní i komunitní péči a tím byl splněn i třetí cíl.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že ženy mají největší deficit v obdržených informacích a v podpoře ze strany lékařů a porodních asistentek. Je tedy důležité zamyslet se nad tím, jak nejlépe ženy v této oblasti edukovat a jakou formu pomoci či podpory jim poskytnout. Této problematice je nutné se více věnovat.

Čepický (2007, s.102) popsal doporučení pro gynekology, kteří mají v péči ženy po spontánním potratu s tím, že lékař má alespoň nějaké možnosti, jak tyto ženy pozitivně ovlivnit. Při diagnóze zamlklého těhotenství pozvat ženu další den na kontrolu, aby tím získala čas na psychickou přípravu na nepříznivý vývoj těhotenství. Před vlastní revizí dutiny děložní vždy udělat kontrolní ultrazvukové vyšetření, nejlépe jiným lékařem než tím, který diagnostikoval zamlklé těhotenství. Po potratu pozvat ženu na kontrolu asi po týdnu, i když medicínské důvody jsou vágní. Na tomto vyšetření je vhodné ženě vysvětlit příčiny samovolného potratu a ujistit ji, že tato situace není vzácná. Další těhotenství se doporučuje podle okolností za 3-6 měsíců. V dalším těhotenství zvát ženu častěji na kontroly a provádět častěji ultrazvuk s tím, že vysvětlíme proč a ženě vždy ukážeme živý plod. Tato doporučení ale nejsou zatím uvedena v doporučených postupech (k 1.1.2015).

Doporučení pro porodní asistentky jsou velmi obecná- sledování psychického stavu a otevřené chování. Ratislavová (2008, s. 38) uvádí, že rozhovor s porodní asistentkou, která má na ženu dostatek času, by se měl uskutečnit asi za týden po propuštění. Zde je prostor pro komunitní porodní asistentky, protože v ambulancích terénních gynekologů velmi často nepracují porodní asistentky a je zde velký časový stres. Také je velmi vhodná úprava legislativy, kdy by byla vhodná podpora komunitní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění.

Dále je velmi žádoucí zajistit správné psychologické vzdělání porodních asistentek a to nejen ve školách, ale i v celoživotním vzdělávání.

Autorka této práce se ve své praxi opakovaně setkává se ženami po spontánním potratu a velmi ji zaráží, že není dořešena problematika pracovní neschopnosti, i když zde lze najít i ekonomické aspekty.

V rámci rešerše byla nalezena bakalářská práce z roku 2009 s podobnou tématikou, ale jinou formou zpracování. Její autorka dělala rozhovory s 8 ženami, tedy podobným vzorkem, přímo v nemocnici a došla k poněkud jiným výsledkům-

například všechny respondenty porozuměly v nemocnici podaným informacím a to jak informacím od lékaře, tak od porodní asistentky. O psychologické pomoci při propuštění bylo informováno 50 % žen. Přestože práce byla pojata jinak, její autorka v závěru doporučuje více se ženám po spontánním potratu věnovat po psychologické stránce, zajistit konzultaci psychologa přímo v nemocnici a doporučit psychologickou pomoc při propuštění. (Koutníková, 2009).

BIBLIOGRAFICKÉ ZDROJE

ACHARYA, G et al. Pregnancy outcome after loop electrosurgical excision procedure for the management of cervical intraepithelial neoplasia, *Gynecology and Obstetrics,* 2005, 272(2), s. 109-112

AJGLOVÁ, J. Péče o ženu středního a vyššího věku z pohledu porodní asistentky, *Praktický lékař*, 2010, 9, s. 532-534

ALEXANDROVÁ, R. et al. Péče o pozůstalé – možnosti a meze profesionální podpory, Paliatívna medicína a liečba bolesti, 2009; 2(1) s.32-34, [online].

ATRASH, H.K. et al. Preconception Care for Improving Perinatal Outcomes: The Time to Act, *Maternal and Child Health Journal,* 2006, 10, s. 3-11

BAĎUROVÁ,R. Životní události, vnímaná sociální opora, somatické obtíže a nemoci během těhotenství jako prediktory prenatální mateřské anxiety a deprese . *Československá psychologie,* 2005, 49, (5), s. 399-411.

BAGRATEE,J.S et al. A randomized controlled trial comparing medical and expectant management of first trimester miscarriage, *Human Reproduction,* 2003, 19(2), s. 266-271

BARTÁKOVÁ,V. Utrpení postabortivního syndromu, *Katolický týdeník,* 2013, 11,

BAŠTECKÁ, B. et al. *Psychologická encyklopedie: aplikovaná psychologie.* 1. vyd. Praha: Portál, 2009. 515 s. ISBN 978-807-3674-700.

BAŠTECKÁ, B. et al. *Psychosociální krizová spolupráce*. Praha: Grada Publishing, a. s, 2013, 320 s. ISBN 978- 80-247-4195-6.

BERGELA,V. et al., Cerclage for Short Cervix on Ultrasonography: Meta-Analysis of Trials Using Individual Patient-Level Data, *Obstetrics* & *Gynekology,* 2005, 106 (1), s. 181-189,

BERGELA,V. et al. Cerclage for prevention of preterm birth in women with a short cervix found on transvaginal ultrasound examination: A randomized trial, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2004, 191(4), s 1311–1317

BINDER, T., Měli bychom cerclage provádět?, *Gynekologie po promoci*, 2006, 2, s.24

BLOHM,F., et al. Fertility after a randomised trial of spontaneous abortion managed by surgical evacuation or expectant treatment. *Lancet,* 1997*;* 349*, s.*995.

BONACHERA, E.M., BOTELLA-LLUSIA, J. The unknow abortion as a cause of apparent primary sterility in women. *Ann.Ostet,* 1956,78, s. 34-42

BORREL, A., STERGIOTOU, I. Miscarriage in contemporary maternal–fetal medicine: targeting clinical dilemmas , *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, 2013, 42 (5), s. 491-497

BOWLES, SW et al. Acute and post-traumatic stress disorder after spontaneous abortion, *American Family Physician,* 2000, 61(6) s. 1689-1696

BOWLES, SW et al. Traumatic stress disorders following first-trimester spontaneous abortion, The Journal of Family Practice ,2006, 55(11)s. 969-973

BRIGHAM, S. et al. A longitudinal study of pregnancy outcome following idiopathic recurrent miscarriage, *Human reproduction*, 1999, 14(11), s. 2868-71.

BRUNDAGE, SC, Preconception health care, *American Family Physician*, 2002, 65(12)s. 2507-2514

CALDA, P. Perikoncepční péče a nové možnosti prevence a diagnostiky otevřených defektů páteře, *Zdravotnictví a medicína- příloha Lékařské listy,* 2010, 17, s. 29-30.

COHEN, S. Abortion and Mental Health: Myths and Realities, *Guttmacher Policy Review*,2006, 9(3)

CONDOUS, G.,OKARO, E., BOURNE, T. The conservative management of early pregnancy complications:a review of the literature, *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology,* 2003, 22(4) s. 420-430

ČECH, E. et al. *Porodnictví,* 2.přepracované vyd. Praha: Grada, 2006, 544 s. ISBN 802413139

ČEPICKÝ,P., LÍBALOVÁ,Z. Pracovní neschopnost v gynekologii a porodnictví, *Moderní babictví,* 2008, 5, s. 1-6

ČEPICKÝ, P., LÍBALOVÁ, Z. Psychologické aspekty spontánního potratu. *Gynekológia pre prax,* 2007, 2, s. 101–102.

ČESKO. Ministerstvo práce a sociálních věcí. Vyhláška č.288 ze dne 25. srpna 2003, kterou se stanoví práce a pracoviště, které jsou zakázány těhotným ženám, kojícím ženám,matkám do konce devátého měsíce po porodu a mladistvým, a podmínky, za nichž mohou mladiství výjimečně tyto práce konat z důvodu přípravy na povolaní. In *Sbírka zákonů, Česká republika* 2003

ČESKO. Zákon č. 66 z roku 1986 o o umělém přerušení těhotenství. In. *Sbírka zákonů České republiky.* 1986

ČESKO. Ministerstvo zdravotnictví České socialistické republiky. Vyhláška č. 75 z roku 1986, kterou se provádí zákon České národní rady č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství. In. *Sbírka zákonů České republiky.* 1986

ČESKO. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Zákon č. 372 ze dne 6.listopadu 2011, Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. In *Sbírka zákonů, Česká republika* 2003

DADLEZ, E.M., ANDREWS,W.L. Post-abortion syndrome:cerating an affliction, *Bioethics, ,* 2010, 24 (9). s.445-452

DEANSOVÁ, A. *Kniha knih o mateřství*. 1. vyd. Praha: Fortuna Print, 2004. 392 s. ISBN 80-7321-117-3.

DEUTCHMAN, M., TUBAY, A.T., TUROK, D. K. Krvácení v prvním trimestru gravidity, *Gynekologie po promoci*, 2009, 5, s. 24,

DOLEŽAL, A. *Od babictví k porodnictví.*. Praha : Karolinum, 2001. 144 s. ISBN 80-246-0277-6.

DAN,Y. et al. Asherman syndrome—one century later, *Fertility and Sterility,* 2008, 89(4), s. 759-779

DRÁČ, P. Infertilita předstíraná velmi ranými potraty, *Čs. Gynekologie*, 1960; 25, s. 454-458

FEDOR-FREYBERGH, P., HOŘANSKÁ.J. Co nedostanete, nemůžete dávat. *Časopis českých lékárníků.* 2011, č. 6, s. 22-23.

FEDOR-FREYBERGH, P. Prenatální a perinatální psychologie: nový interdisciplinární obor v měnícím se světě. *Medicína v praxi.* 2000, 4., s.33-34.

FREEDOVÁ, L., SALAZAROVÁ, P.Y., *Čas k uzdravení (Naděje a pomoc při překonávání postabortivního syndromu),* Praha: Paulínky, 2008. 199 s. ISBN 978-80-86949-44-4.

FYLSTRA,D. Ectopic Pregnancy Within a Cesarean Scar: A Review, *Obstetrical & Gynecological Survey*, 2002, 57(8), s 537-543,

GAILLYOVÁ,R et al., Vrozené trombofilie a cytogenetické nálezy u pacientů s opakovanými fetálními ztrátami, *Praktická gynekologie,* 2005, 9(3) s. 9-12.

GOMÉZ, L.C a ZAPATA,G.R., Diagnostic categorization of post-abortion syndrome, *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 2005, 33(4),s. 267-272

GRACIA,C.R a kol. Risk Factors for Spontaneous Abortion in Early Symptomatic First-Trimester Pregnancies, *Obstetrics & Gynekology*, 2005, 106(5). s.993-999

HÁJEK, Z. a kol. *Rizikové a patologické těhotenství*, Praha: Grada Publishing a.s, 2004. 444s. ISBN 80-2477-922-6,

HANNA-LEENA MELENDER, R. Experiences of Fears Associated with Pregnancy and Childbirth: A Study of 329 Pregnant Women. *Birth*, 2002,29 s. 101–111

HARLAP,S., SHIONO, P.H. AlcohoL, Smoking, and Incidence of Spontaneous Abortions in the first and sekond Trimeseter, *The Lancet.* 1980; 316, (8187) s.173-176

HARTL P., HARTLOVÁ H. *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál., 2010, 800 s. ISBN 978-80-7367-686-5

HAŠTO, J. a kol, Posttraumatická stresová porucha – prevalencia u psychiatrických hospitalizovaných pacientov, Psychiatria pre prax; 2011; 12 (4): s.161–164

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum***,** Praha:Portál, 2005, 408 s., ISBN 978-80-7367-485-4,

HOFBERG,K. a WARD,M**...** Fear of Childbirth, Tocophobia, and Mental Health in Mothers, *Clinical Obstetrics & gynekology*, 2004, 47(3), s. 527-534

HOFMANN, D. *Die Fehlgeburt*, München:Urban-Schwarzenberg.1967

HOŘEJŠÍ, J., Nejčastější vrozené vývojové vady rodidel, *Postgraduální medicína,* 2005, 5, s. 500-505,

HRUBÁ, D**.** Kouření je největší preventabilní riziko poruch reprodukce, *Praktická gynekologie*, 2001, 2, 35-41

HUČÍN, J. Jiný stav přináší i jiný svět. *Psychologie dnes.* 2000, č. 7/8, s. 8-10.

HUDEČEK,R., KRAJČOVIČOVÁ, R. a VENTRUBA, P. Farmakologické možnosti embryoprotektivní terapie infertilních žen, *Klinická farmakologie a farmacie,* 2009, 23(2), s. 76-82

HUIZINKOVÁ,A., Stres matky v těhotenství je rizikem pro dítě, *Psychologie dnes,*2004, 2,

INDRIELLE,T, Prenatální psychologie, *Sestra*, 2013, 7-8, s. 48

JOSHI, V. *Stres a zdraví.* 1.vyd. Praha: Portál, 2007. 156 s. ISBN 978-80-7367-211-9

JOYCE,HS., et al Expectant, medical or surgical treatment for spontaneous abortion in first trimester of pregnancy: a cost analysis, *Human Reproduction*, 2005, 20(10), s. 2873-2878

KASTOVÁ, V., *Krize a tvořivý přístup k ní: Typy životních krizí, jejich dynamika a možnosti krizové intervence*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000, 167 s. ISBN 80-717-8365-X.

KAVITA,N. et al.Expectant care versus surgical treatment for miscarriage**,** *The Cochrane Library,* 2006

KESSLER,P. Trombofilní stavy, *Interní medicína pro praxi,* 2006, (9), s 374-376

KORSTEN-RECK, U. Physical activity in pregnancy and in breast-feeding period in obese mothers, *Zeitschrift fur Geburtshilfe und Neonatologie* 2010, 214(3) s.95-102,

KORYTOVÁ**,** D. Psychosomatika sterility, *Moderni gynekologie a porodnictví,* 2002, 11, 4, 635-638

KOSTKA, K. techniky zvládání stresu- přednáška dodána osobně autorem, dostupné na http://www.kostka-skola.cz/archiv/soubor/KOSTKA-72798-techniky-zvladani-stresu.pdf

KOUTNÍKOVÁ, R. *Ošetřovatelská péče u žen s abortem.* České Budějovice, 2009, 109 s. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita. Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Koudelková Vlasta.

KRAJČOVIČOVÁ, R., HUDEČEK, R. Vliv děložní myomatózy na reprodukční funkce, *Praktická gynekologie*, 2010; 14(4) s. 154-163

KRÁLÍČKOVÁ,M. Vrozené vývojové vady, spontánní potraty, předčasné porody a současný životní styl, *Lékařské listy,* 2009, 58(16), s. 16-18

LAJDOVÁ, A., BOTÍKOVÁ, I. Podíl porodní asistentky při ochraně a udržování zdraví žen, *Sestra*, 2010, 3, s. 76

LAMKOVÁ, I., BOROŇOVÁ, J. Edukační proces u ženy procházející klimakteriem, In *Cesta k modernímu ošetřovatelství XII*., 16.-17.9.2010 , Praha: vydala FN Motol, ISBN 978-80-87347-03-4, s. 46-48

LÁTALOVÁ,K., KAMARÁDOVÁ,D, PRAŠKO, J. Komplikované truchlení a jeho léčba, *Psychiatrie*, 2013, 17(4) , s. 181-187

LEBDUŠKOVÁ, L., *Čekala jsem miminko, --ale už tu není: příběhy o ztrátě dítěte v těhotenství.* 1. vyd.Praha: Toplil, 2014, 207 s., ISBN 978-80-905261-1-2.

LEE,E., The Context for the Development of Post-Abortion Syndrome,In Prepared for the Symposium 'The psychological sequelae of abortion - myths and facts', Berne, Switzerland,. http://www.prochoiceforum.org.uk/psy_coun9.php-

LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství.* 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 992 s. ISBN**:** 8024706687

LESLEY,S. Ztráta blízkého člověka a trauma, Homeopatie, 1996, 9.

LUBUŠKÝ, M., et al. Doporučení k provádění prevence RhD aloimunizace u RhD negativních žen, *Česká Gynekologie,* 2013, 78, (2), s. 132–133

MACKOVÁ,M. Krizová intervence u pozůstalých. In Komplexná starostlivosť o člověka v hraničných situáciách, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce bl. P. P. Gojdiča v Prešove, Prešov, 2006, ISBN 80−969449−1−6, 242

MÁLEK, J. et al. *Praktická anesteziologie***,** Praha: Grada Publishing, a. s , 2011, 192 s, ISBN 978-80-297-3642-6

MÁRA,M. et al**.,** Management děložních myomů u žen ve fertilním věku, *Česká gynekologie*,2003, 1 s. 30-36

MARDEŠIČ,T. et al , *Diagnostika a léčba poruch plodnosti*, 1. vydání, Praha: Grada Publishing a.s, 2013, 96 s. ISBN 978-247-4458-2

MAREK, V. *Nová doba porodní: přirozený porod jako cesta ke společnosti bez násilí.* Praha :Eminent, 258 s. 2002. ISBN. 80-7281-090-1

MAREŠ, J., *Posttraumatický rozvoj člověka.* 1. vyd. Praha: Grada. 2012, 198 s. ISBN 978-802-4730-073.

MEEKAI,S.K. et al. Cervical cerclage for prevention of preterm delivery in woman with short cervix:randomised controlled trial, *The Lancet*, 2004, 363(9424), s. 1849 - 1853,

MLČÁK, Z. *Emergentní psychologie a krizová intervence,* Ostravská univerzita, Filozofická fakulta, 2005, 62 s. ISBN 807368036X

NORTHRUPOVÁ, Ch. *Od prvního početí po stáří.* 2. vyd. Praha: Columbus, 2008, 494 s. ISBN 80-7249-250-3

NOUZA, K. et al, Mechanismy ovlivňující implantaci embrya –co je nového v posledních letech, *Česká gynekologie,* 2006, 71(6), s. 489-494

ODENDAAL, H.J. a kol, Combined effects of cigarette smoking and alcohol consumption on perinatal outcome, Gynecologic and Obstetric Investidation. 2009;67(1), s. 1-8.

PALIČKA, P.. et al. Aktivní ovlivňování výskytu kongenitální toxoplasmózy v populaci, *Praktická gynekológia,* 1998, 5,(1) s. 23-27

PÁNKOVÁ,S. HUDEČEK, R., RAČANSKÁ,E. Peroperační prevence adhezí v gynekologii, Praktická gynekologie, 2009, 13(2), s. 1-5

PAŘÍZEK, A et al. *Kniha o těhotenství a dítěti,* 3.vyd.,Praha:Galén, 2008, 684 s. ISBN 978-7262-594-9

PAULÍK,K. *Psychologie lidské odolnosti,* Praha: Grada Publishing, a. s , 2010, 240 s ISBN 8024781603,

PEČENÁ, M. Psychologie ženy-psychologie osobnosti, *Československá psychologie*, 1994, 5, s. 466

PEČENÁ, Marie. Psychologie těhotenství. In: Čepický, P. *Psychosomatické aspekty gynekologie a porodnictví. Sborník prací celostátního kongresu ČGPS ČLS JEP*. Praha: Levret, 1999, s. 147-154. ISBN 80-238-4740-6.

PEŠKA, I. Jak můžeme pomoci lidem v psychické krizi, *Interní medicína pro praxi,* 2004, 3, s. 140-143,

PRAŠKO, J., KAMARÁDOVÁ, D. Komplikované truchlení, *Psychiatrie*, 2012, 16 (supl.1), s. 39-40

PRAŠKO, J. Posttraumatická stresová porucha, *Postgraduální medicína,* 2005, 2, s. 73

PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, J., VYSKOČILOVÁ, J. *Úzkost a obavy : jak je překonat*. 1.vyd. Praha: Portál, 2006. 226 s. ISBN 80-7367-079-8.

PRAŠKO. J. et al. *Stop traumatickým vzpomínkám.* Praha: Portál, 2003. 183 s. ISBN 80-7178-811-2.

PREISS, M. Trauma a posttraumatický růst, *Psychiatrie pro praxi*, 2009, 10(1), s. 12-18,

PROCHÁZKOVÁ, M., MYŠÁKOVÁ, H. Předporodní příprava - předpoklad dobré spolupráce s rodičkou, *Moderní babictví,* 2006, 9, s. 1-10

RADA EVROPY.Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny ze dne 22. června 2001, In *Sbírka mezinárodních smluv*,

RATISLAVOVÁ, *Aplikovaná psychologie porodnictví,* Praha: Reklamní atelier Area, 2008, 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4

RASCH,V. Cigarette, alcohol, and caffeine consumption: risk factors for spontaneous abortion, *Acta Obstetriccca et Gynecologica Scandinavica*.2003, 82(2) s. 182-8.

RODEMANN, A.T. et al. Management of Early Spontaneous Pregnancy Loss, Nejm Journal Watch, 2010

ROUHE, H. et al. Fear of childbirth according to parity, gestational age, and obstetric history. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2002, 116 s.67–73,

ROUHE, H. et al. Mental health problems common in women with fear of childbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2011,, 118 s.1104–1111

ROZTOČIL, et al, *Moderní porodnictví*, Praha: Grada Publishing, a. s , 2008, 408 s, ISBN 8024770334,

ROZTOČIL,A. et al *Moderní gynekologie,* Praha: Grada Publishing a.s, 2011. 508 s ISBN 80-2472-832X

ROZTOČIL, A. et al.*Porodnictví*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně , 2001. 333 s. ISBN 80-7013-339–2.

RUE,V., *Post-Abortion Syndrome: A Variant of Post-Traumatic Stress Disorder,* In Doherty, Peter. Post-abortion Syndrome - its wide ramifications, Dublin: Four Courts Press, 1995

RUST, O.A. a kol, Revisiting the short cervix detected by transvaginal ultrasound in the second trimester: Why cerclage therapy may not help, *American Journal of Obstetrics and Gynecology,* 2001, 105(5), s. 1098–1105

SADLER,L, ROBOVÁ, H. Je kličková excize bezpečnou metodou u pacientek, které ještě nebyly těhotné?, *Gynekologie po promoci,* 2007, 1 s. 28

SAMARAWEERA, Y., ABEYSENA, Ch. Maternal sleep deprivation, sedentary lifestyle and cooking smoke: Risk factors for miscarriage: A case control study, *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology,* 2010, 50 (4), s. 352–357,

SEIFERTOVÁ, D. et al. Léčba psychofarmaky v těhotenství a laktaci, *Psychiatria pre prax,* 2007, č.3, s. 118-124.

SEJOURNÉ,N et al. L'impact psychologique de la Fausse couche: revue de travaux, *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction,* , 2008, 37(5), s. 435–440

SLEZÁČKOVÁ, A. *Průvodce pozitivní psychologií.* 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 304 s. ISBN 978-802-4735-078.

SLEZÁKOVÁ, L. et al. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví,* Praha:Grada, 2011. 272 s, ISBN 978-80-247-3373-9

SOBOTKOVÁ, I. *Psychologie rodiny*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001, 173 s. ISBN 80-717-8559-8.

SOUKUPOVÁ,T., Umíme ještě truchlit?,*Psychologie dnes*, 2006, 5.

SPECKHARD,A., RUE,V., 'Postabortion Syndrome: An Emerging Public Health Concern, *Journal of Social*, 1992, 48 (3), s. 96-98spol. s.r.o., 2008. 493 s. ISBN: 978-80-7249-250-3

SPRINGER, D., Štítná žláza, *Labor actual*, 2010 (1), s. 4-9.

SPRINGER, D. et al . Vyšetření funkce štítné žlázy v těhotenství; naše výsledky, *Actualgyn*, 2009, 1, s. 50-54.

STADELMANN, I. *Zdravé těhotenství, přirozený porod.* 3. vyd. Praha: One Woman Press, 2009. 513 s. ISBN 978-80-86356-50-1.

STRAUSS, A., CORBINOVÁ, J. *Základy kvalitativního výzkumu: Postupy a techniky metody zakotvené teorie* Boskovice: Albert, 1999, 196 s. ISBN 80-858-3460-X

ŠAMÁNKOVÁ,M, et al. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci,* 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 136s. ISBN 978-80-247-3223-7

ŠPATENKOVÁ, N. *Poradenství pro pozůstalé: principy, proces, metody*. 2. aktualisované a doplněné . vyd. Praha: Grada, 2013, 223 s. ISBN 978-802-4737-362.

ŠPATENKOVÁ, N., *Poradenství pro pozůstalé,* 1. vyd, Praha: Grada Publishing a.s, 2008, 144.s ISBN 978-80-247-1740-1

ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĎOVÁ,K. et al . *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách,* Praha:Portál, 2010, 384 s, ISBN: 978-80-7367-313-0

TO, M.S. et al. Elective cerclage vs. ultrasound-indicated cerclage in high-risk pregnancies, *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, 19(5), s. 475-477

TOLSTRUP,JS. Does caffeine and alcohol intake before pregnancy predict the occurrence of spontaneous abortion**?** 2003, 18(12), s. 2704-10.

TOPOLČAN,O. Poruchy štítné žlázy v těhotenství, *In vitro diagnostika,* 2012,(22), s.12-16.

TYRLÍK, M., JELÍNKOVÁ, J., KUKLA, L. Aspekty pozitivního prožívání těhotenství. *Česká gynekologie*, 2004, 69(3,) s. 178-181

UCHÁČOVÁ,K. *Proč pláčeš, Miriam?* 2. vyd. Praha: Hnutí Pro život,, 2007. 142 s. ISBN 80-239-7524-2.

UZEL,R, Komplikace interrupce, *Sestra*, 2007, 3, s. 50

UZEL, J. Bezpečný podnik – prevence a zvládání stresu. *Praha: Výzkumný ústav bezpečnosti práce,* 2008

VAŠEK, P, MICHALEC, I. Cerkláž ve Fakultní nemocnici Ostrava. *Actual Gyn.* 2014;6:s.60-62.

VEČEŘOVÁ - PROCHÁZKOVÁ, A., HONZÁK, R. Stres, eustres a distres, *Interní medicína pro praxi,* 2008, 10(4) s. 188-192

VODÁČKOVÁ, D. et al. *Krizová intervence* 3. vydání, 2012,Praha: Portál., 544 s.ISBN 978-80-262-0212-7

VOJTAŠŠÁK,J. et al, Vývojové chyby u reprodukčných strát v 1. trimestri gravidity, *Praktická gynekologie,* 2005, 9(2) s. 15-18.

VRÁNOVÁ,V. *Historie babictví a současnost porodní asistence.* Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. 203 s. ISBN 978-80-244-1764-6.

WEISS, P. et al, *Sexuologie,* Praha: Grada a.s., 2010, 744 s. ISBN 80-24-72492-8

WHEELER,M., ČEPICKÝ,P. Krvácení v prvním trimestru, *Gynekologie po promoci,* 2007, 7 (5), s. 25-26

ZACHAROVÁ, E., ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J., *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 278 s. ISBN 978-802-4740

ZWINGER, A. Spontánní potrat. *Moderní babictví,* 2004, (4). s.1-4.

ZWINGER, A. a kol. *Porodnictví,* Praha: Galén, 2004. 532 s, ISBN 80-7262-257-9

SEZNAM ZKRATEK

hCG	Lidský choriový gonadotropin
IVF+ET	In vitro fertilizace +embryotransfer
LEEP	Loop Electrosurgical Excision Procedure
MZCR	Ministerstvo zdravotnictví české republiky
NCONZO	Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů
PAS	Postabortivní syndrom
PTSP	Posttraumatická stresová porucha
RTG	Rentgen
UPT	Umělé přerušení těhotenství
VAS	Vizuální analogová škála
WHO	World Health Organization (světová zdravotnická organizace)

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Informovaný souhlas

Příloha 2 Znaky normálního vývoje dle Wheeler

Příloha 3 Návrh letáku

Příloha 1 Informovaný souhlas

UNIVERSITAS OSTRAVIENSIS
Facultas Medicinae

› Lékařská fakulta Ostravské univerzity v Ostravě • Syllabova 19
703 00 Ostrava 3 • Česká republika • telefon +420 597 091 700
fax +420 596 781 630 • www.osu.cz

IČ 61988987 • DIČ CZ61988987
Bankovní spojení: ČNB Ostrava, č.ú. 931761/0710

ÚSTAV OŠETŘOVATELSTVÍ A PORODNÍ ASISTENCE

Informovaný souhlas

Vážená paní, slečno,

jsem studentkou 1. ročníku navazujícího magisterského oboru Komunitní péče v porodní asistenci na Ústavu ošetřovatelství a porodní asistence, Lékařské fakulty Ostravské univerzity. Zpracovávám diplomovou práci na téma „*Subjektivní prožívání žen po spontánním potratu*“ pod odborným vedením PhDr. Radky Bužgové, Ph.D.

Dovoluji si Vás požádat o souhlas s rozhovorem a možnost nahlížet do Vaší zdravotnické dokumentace, což mi umožní téma diplomové práce zpracovat. Máte možnost od rozhovoru kdykoliv dobrovolně odstoupit nebo neodpovídat na všechny položené otázky. Údaje budou zachovány v anonymitě a budou použity pouze pro zpracování mé diplomové práce. Při zpracování práce bude respektován zákon č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů, nikde nebude zveřejněno Vaše jméno, ani další identifikační údaje o Vaší osobě.

Děkuji za ochotu a Váš čas Jiřina Weisová Jiřina Weisová

Žadatelka je studentkou Ústavu ošetřovatelství a porodní asistence LF OU v Ostravě.

OSTRAVSKÁ UNIVERZITA V OSTRAVĚ
Lékařská fakulta
Ústav ošetřovatelství a porodní asistence
Syllabova 19, 703 00 Ostrava 3
tel.: 597 091 601, fax: 596 635 998

Souhlasím se zpracováním mých údajů v bakalářské práci při zachování anonymity a respektování ochrany osobních údajů.

Datum:

Podpis:

Příloha 2

Znaky normálního vývoje těhotenství podle Wheeler

- Gestační váček by měl být zobrazitelný transvaginální ultrasonografií v 95 % při amenoree 33,5 dne.
- . Srdeční frekvence plodu má být patrna při transvaginální ultrasonografii v 95 % při amenoree 44,5 dne.
- Při délce embrya 5 mm musí být patrna srdeční frekvence.
- Má-li gestační váček 1,9 mm, je srdeční frekvence zobrazitelná v 99 % případů.
- Normální gestační váček roste o 1 mm denně

Příloha 3 Návrh letáku

Vážená paní,
Dovolte nám vyjádřit lítost nad ztrátou Vašeho počatého děťátka v prvních týdnech těhotenství. Ke zvládnutí této situace si Vám dovolujeme poskytnout několik rad a doporučení.

- Je zcela normální, pokud budete plakat a pociťovat lítost nad touto ztrátou, nebraňte se slzám
- Dovolte si truchlení- proces truchlení je cestou ke zpracování Vaší ztráty. Během truchlení můžete zažívat negativní pocity (neklid, úzkost, beznaděj, strach, pocit knedlíku v krku, svírání na hrudi apod), které ale k truchlení patří, nelekejte se jich
- Najděte si někoho, s kým můžete otevřeně mluvit o svých pocitech a kdo Vám bude trpělivě naslouchat- je jedno, jestli je to partner, maminka či kamarádka, důležitá je důvěra, máte-li pocit, že nikoho takového nemáte, svěřte se papíru a svoje pocity a myšlenky napište
- Nebojte se komunikace se ženami, které mají stejnou zkušenost, je jedno, jestli se sejdete a nebo využijete například sociálních sítí či různých fór na webových stránkách
- Pokud budete mít zájem, využijte služeb komunitní porodní asistentky, nebojte se požádat o pomoc
- Máte-li zdravotní problémy, vyhledejte lékaře a nebojte se zeptat
- Pokud si myslíte, že by pro Vás byla vhodná konzultace s psychologem, doporučujeme navštívit webovou stránku http://jak-prezit-potrat.webnode.cz/, kterou vede psycholožka Mgr Hamerníková, která se specializuje na ženy (i muže), kteří mají stejný problém, jako Vy. Nabízí poradenství i po Skype. Případně si můžete vyhledat jiného psychologa v okolí Vašeho bydliště
- Budete-li mít jakékoli pochybnosti nebo otázky, nebojte se ozvat na tel. číslo……a zeptat se

Kolektiv porodních asistentek