

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2023

Erika Jiroušová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Podpora ženy při diagnóze zamlklého potratu

Bakalářská práce

2023

Erika Jiroušová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2021/2022

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Erika Jiroušová**
Osobní číslo: **Z19168**
Studijní program: **B5349 Porodní asistence**
Studijní obor: **Porodní asistentka**
Téma práce: **Podpora ženy při diagnóze zamlklého potratu**
Téma práce anglicky: **Support for a woman diagnosed with missed miscarriage**
Zadávací katedra: **Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

DOKA, Kenneth J. *Grief is a journey: finding your path through loss*. New York: Atria Books, 2016. 304 s. ISBN 978-1-4767-7148-9.
HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. *Porodnictví*. 3. zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 580 s. 2014. ISBN 978-80-247-4529-9.
PROCHÁZKA, Martin. *Porodní asistence*. Praha: Maxdorf, 2020. 788 s. ISBN 978-80-7345-618-4.
RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Perinatální paliativní péče: péče o ženu a její rodinu, rituály rozloučení, proces truchlení a vyrovnávání se se ztrátou*. Praha: Grada, 2016. 200 s. ISBN 978-80-271-0121-4.
TAKÁCS, Lea, Daniela SOBOTKOVÁ a Lenka ŠULOVÁ. *Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace*. Praha: Grada, 2015. 208 s. ISBN 978-80-247-5127-6.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Helena Poláčková**
Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2021**
Termín odevzdání bakalářské práce: **4. května 2023**

doc. Ing. Jana Holá, Ph.D. v.r.
děkanka

L.S.

Mgr. Helena Poláčková v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 6. března 2023

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem „Podpora ženy při diagnóze zamklého potratu“ jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše. Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 3. 5. 2023

Erika Jiroušová v. r.

PODĚKOVÁNÍ

Na tomto místě bych v první řadě chtěla poděkovat mé vedoucí práce paní Mgr. Heleně Poláčkové za všechny odborné rady, podnětné připomínky a čas, který mi po celou dobu psaní bakalářské práce věnovala. Mé poděkování patří i všem respondentkám, které byly ochotné sdílet svůj bolestivý příběh a podělit se o své zkušenosti. Dále také děkuji rodině a přátelům za podporu a trpělivost během celého studia.

ANOTACE

Tato bakalářská práce se zabývá tématem podpory ženy při diagnóze zamlklého potratu. Práce se skládá ze dvou částí, teoretické a průzkumné. Teoretická část shrnuje poznatky o prenatálním vývoji a zamlklém potratu. Značný úsek teoretické části je věnován i psychosociální problematice potratu a péči o ženu při zamlklém potratu. Průzkumná část bakalářské práce je zpracována formou kvalitativního výzkumu, jehož data byla získávána pomocí rozhovorů s ženami, kterým byl zamlklý potrat diagnostikován.

KLÍČOVÁ SLOVA

Podpora ženy, porodní asistentka, rozhovor, těhotenství, zamlklý potrat, zármutek

TITLE

Support for a woman diagnosed with missed miscarriage

ANNOTATION

This bachelor's thesis deals with the topic of supporting a woman diagnosed with missed miscarriage. The thesis consists of two parts, theoretical and practical. The theoretical part summarizes knowledge about prenatal development and missed miscarriage. A considerable section of the theoretical part is also devoted to the psychosocial issues of miscarriage and the care of a woman with missed miscarriage. The practical part of the bachelor's thesis is processed in the form of qualitative survey and the data were obtained through interviews with women diagnosed with missed miscarriage.

KEYWORDS

Support for a woman, midwife, conversation, pregnancy, missed miscarriage, grief

OBSAH

Úvod.....	11
Cíle a metody práce	12
1.1 Cíl práce	12
1.2 Metody k dosažení cíle.....	12
Teoretická část	13
2 Charakteristika prenatálního vývoje	13
2.1 Gametogeneze	13
2.2 Embryogeneze.....	14
2.3 Fetogeneze.....	14
3 Zamlklý potrat.....	15
3.1 Rizikové faktory a etiologie	15
3.2 Diagnostika	17
3.3 Možnosti dokončení zamlklého potratu	17
3.4 Další těhotenství.....	19
4 Psychosociální pojetí potratu	21
4.1 Okolnosti stanovení diagnózy	21
4.2 Emoce a pocity po potratu.....	21
4.3 Reakce okolí.....	22
5 Péče o ženu při zamlklém potratu.....	24
5.1 Role porodní asistentky	24
5.2 Rozloučení, rituály a vzpomínkové předměty	25
5.3 Pohřbení	26
5.4 Možnosti podpory a pomoci.....	27
Průzkumná část.....	29
6 Průzkumné cíle a otázky	29
6.1 Průzkumný hlavní cíl	29

6.2	Dílčí cíl práce	29
6.3	Průzkumné otázky	29
7	Metodika průzkumné části	30
7.1	Sběr dat	30
7.2	Charakteristika průzkumného souboru	31
8	Interpretace výsledků	34
8.1	Rozhovory	34
8.1.1	Průzkumná otázka 1	34
8.1.2	Průzkumná otázka 2	36
8.1.3	Průzkumná otázka 3	38
8.1.4	Průzkumná otázka 4	40
8.1.5	Průzkumná otázka 5	42
8.1.6	Průzkumná otázka 6	45
8.2	Program Atlas.ti	47
9	Diskuze	48
10	Závěr	52
11	Použitá literatura	53
12	Přílohy	57

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Tabulka 1- Charakteristika respondentek	33
Obrázek 1- Výstup z programu Atlas.ti	59

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

CRL	temenokostrční délka plodu
DNA	deoxyribonukleová kyselina
hCG	choriový gonadotropin
IVF	in vitro fertilizace
např.	například
s.	strana
tzv.	takzvaný

ÚVOD

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku zamlklého potratu, který je jednou z velmi častých komplikací v graviditě. Přestože potratů v České republice ubývá, ranou ztrátou končí velké procento těhotenství. V roce 2010 zaznamenal Ústav zdravotnických informací a statistiky téměř 40 tisíc potratů, v roce 2020 o 10 tisíc méně. Smrt je v naší společnosti stále tabuizovaným tématem, o kterém se zřídka mluví, vyvolává negativní emoce a spousta lidí jej chce ze svých myšlenek vytěsnit. Z tohoto důvodu těhotné ženy často ani neví, co termín zamlklý potrat znamená nebo ho považují za ojedinělou událost. Opak je ale pravdou, dle posledních údajů Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR z roku 2022, dochází k více jak 90 % těhotenských ztrát nejčastěji mezi 5.-11. týdnem gravidity, kdy je riziko zamlklého potratu nejvyšší.

Zamlklým potratům je věnováno mnohem méně pozornosti než ztrátám v pozdějších fázích těhotenství. V odborné literatuře, článcích a studiích je zaznamenáno mnohem více informací týkajících se potratů v pozdním stádiu těhotenství. Rané ztráty jsou často popsány jen okrajově. Z rozhovorů s respondentkami však vyplynulo, že i zamlklý potrat je pro ženy velmi náročnou situací, vyžadující především podporu a empatii, jak ze stran zdravotníků, tak blízkých.

Výběr tématu bakalářské práce byl inspirován mou odbornou praxí na porodním sále. Při pročítání porodnických anamnéz rodiček se v jejich dokumentaci velmi často objevoval v minulosti diagnostikovaný zamlklý potrat. Během mého studia však tato problematika nebyla blíže přiblížena, tudíž bylo záměrem dozvědět se o tématu zamlklého potratu více zpracováním této bakalářské práce. Další motivací bylo bližší seznámení s ženami, které tuto nepříjemnou situaci zažily. Především jsem se chtěla vcítit do jejich pocitů, pochopit jejich potřeby a vyslechnout jejich jedinečné příběhy. Získané informace hodnotím jako zásadní pro mé budoucí povolání, kdy jako porodní asistentka budu pečovat jak o ženy s fyziologickým těhotenstvím, tak o ženy se ztrátou dítěte.

CÍLE A METODY PRÁCE

1.1 Cíl práce

Bakalářská práce je teoreticko-průzkumná. Sběr dat byl proveden kvalitativní metodou pomocí polostrukturovaných rozhovorů.

Cílem teoretické části je stručně charakterizovat prenatální vývoj a poskytnout základní informace o zamlklém potratu, týkající se zejména jeho etiologie, diagnostiky, metodách dokončení a plánování nového těhotenství. Dalším cílem je nastínění zamlklého potratu z psychosociálního hlediska. V neposlední řadě je cílem popsat péči o ženu při zamlklém potratu, zaměřenou především na roli porodní asistentky.

Cílem průzkumné části je zjistit, jaké jsou individuální potřeby žen po diagnóze zamlklého potratu a jaký je přístup zdravotníků k těmto ženám. Dalším hlavním cílem je charakterizovat zásadní problematiku tématu. Mezi dílčí cíle práce patří zaznamenat subjektivní pocity žen po zamlklém potratu.

1.2 Metody k dosažení cíle

Podklady pro teoretickou část bakalářské práce byly nejčastěji získávány pomocí knižních a internetových zdrojů. Dále byly používány jak české, tak zahraniční odborné články a studie.

V praktické části bakalářské práce bylo využíváno polostrukturovaných rozhovorů, kterých se zúčastnilo celkem 6 respondentek. Jednalo se o ženy, kterým byl v posledních dvou letech diagnostikován zamlklý potrat, byly ochotné spolupracovat a otevřeně svůj příběh sdílet. Průzkumné šetření probíhalo při osobním setkání nebo online formou pomocí videohovoru dle preferencí respondentek. Následně byly získané informace zpracovány a analyzovány pomocí programu MS Word. Ke grafickému znázornění rozhovorů byl využit program Atlas.ti.

TEORETICKÁ ČÁST

2 CHARAKTERISTIKA PRENATÁLNÍHO VÝVOJE

Prenatální období zahrnuje dobu od splynutí ženské a mužské pohlavní buňky a je zakončeno porodem plodu. Během 10 lunárních měsíců, trvajících po 28 dnech, dochází k vývoji lidského plodu, který je po narození schopen samostatné existence (Roztočil, 2017, s. 86). Pro prenatální vývoj jsou charakteristická dvě období: embryonální a fetální. Avšak, aby vůbec k vývoji embrya došlo, je zde zásadní období před oplozením, ve kterém probíhá vývoj pohlavních buněk, tzv. gametogeneze (Malínský, Lichnovský, 2015, s. 4, 5).

2.1 Gametogeneze

Tvorba mužských pohlavních buněk (spermii) probíhá v semenotvorných kanálcích varlete. Z prvopohlavních buněk se diferencují **spermatogonie**, které se v průběhu puberty mitoticky dělí a následuje fáze růstu, kdy se zvětšují a mění na velké buňky. Vzniká tak **primární spermatocyt** s diploidním počtem chromozomů, ze kterého vznikají v průběhu I. zracího dělení dva **sekundární spermatocyty** s haploidním počtem chromozomů. Vývoj pokračuje II. zracím dělením, ve kterém se z každého sekundárního spermatocytu vytvoří dvě **spermatidy** obsahující dědičnou informaci DNA. Následně se přemění ve **spermie**, které jsou transportovány do varlete a na tomto místě jsou několik dnů uchovány. Celý tento proces trvá 64-70 dní po celý život muže (Procházka, 2020, s. 101; Malínský, Lichnovský, 2015, s. 5).

Ženské pohlavní buňky (oocyty) se vyvíjí ve vaječnicích, ale na rozdíl od spermii vznikají z prvopohlavních buněk již ve 2. měsíci embryonálního vývoje. Díky intenzivnímu mitotickému dělení se následně vytvoří **oogonie**, které se kolem 3. měsíce zvětšují a přeměňují v **primární oocyty**. Tyto oocyty se obklopují folikulárními buňkami, tudíž vytvoří **primordiální folikuly**. Folikuly se dále vyvíjí a od primárního folikulu vzniká zralý Graafův folikul, jež praská, uvolňuje se z něho vajíčko a dochází k ovulaci. Z prasklého folikulu se vyvíjí žluté tělísko produkující progesteron a estrogeny. V období ovulace vzniká jeden **nezralý sekundární oocyt**, který se ale v případě oplození spermii stává **zralým oocytem** s haploidním počtem chromozomů. Pokud nedojde k oplození, oocyt zaniká (Procházka, 2020, s. 102-106).

2.2 Embryogeneze

Embryonální období začíná oplozením a pokračuje dalšími 8 týdny vývoje. První 2 týdny jsou označovány jako období blastogeneze a od 3. týdne začíná vlastní embryogeneze, kdy dochází ke vzniku základů jednotlivých orgánů a orgánových soustav (Binder a kol., 2015, s. 9).

V okamžiku spojení spermie s vajíčkem dochází k přeměně oplozeného vajíčka v **zygotu**, která se začíná dělit a vytváří **morulu**, což je útvar obsahující 16 dceřinných buněk. Morula se následně posouvá vejcovodem do dělohy, kde se z ní vytvoří **blastocysta**. Diferenciací se však blastocysta rozdělí na **trofoblast**, vznikající z povrchové vrstvy buněk a **embryoblast**, představující vnitřní shluk buněk. Trofoblast se účastní vývoje plodových obalů, placenty a jeho buňky vylučují hormon hCG, který je jedním z prvních ukazatelů těhotenství. Embryoblast představuje základ embrya. Trofoblastem se poté blastocysta zanoří do děložní sliznice. Tento proces se nazývá **implantace** a trvá zhruba 5 dní. Následnou diferenciací vznikají tři zárodečné listy (entoderm, ektoderm a mezoderm), které jsou základem vývoje tkání, orgánů a orgánových soustav. Od 5. týdne je ultrazvukem detekovatelná srdeční činnost a začíná vývoj obličeje a končetin. O týden později dochází k tvorbě krevních buněk. Období od 3. do 9. týdne je také nejrizikovější z důvodu vzniku možných vrozených vývojových vad (Hájek a kol., 2014, s. 26, 27; Procházka, 2020, s. 109-114).

2.3 Fetogeneze

Fetální období probíhá od 9. týdne až do porodu. V tomto období dochází k velkému růstu, zrání a funkční diferenciaci (Hájek a kol., 2014, s. 27). Embryo se mění na plod, jehož orgány anatomicky i funkčně dozrávají. V ledvinách se začíná tvořit moč a dochází k sekreci mazových žláz kůže a sliznic. Kolem 12. týdne se plod začíná podobat lidské bytosti, začíná se pohybovat, dochází k růstu vlasů, nehtů a diferenciaci zevních pohlavních orgánů. V 16. týdnu se na kůži začíná objevovat jemné chmýří (lanugo) a do podkoží se ukládá tuk. Plod je již méně citlivý na teratogeny a na konci fetálního období je většina orgánů schopna vykonávat základní životní funkce (Binder a kol., 2015, s. 14, 15).

3 ZAMLKLÝ POTRAT

„Zamlklým potratem rozumíme stav, kdy je plodové vejce odumřelé, nevyvolává děložní kontrakce a zůstává v děloze“ (Slezáková a kol., 2017, s. 153).

Zamlklý potrat spadá do kategorie spontánních raných potratů. K ukončení těhotenství dochází samovolně nejčastěji v prvním trimestru, tedy v počátečních 12 týdnech gravidity. K 90 % časných ztrát těhotenství dochází v tomto období, poté riziko potratu klesá. Na rozdíl od klasického spontánního potratu, kdy tělo mrtvé embryo nebo plod vyloučí, zamlklý potrat probíhá nenápadně. Žena ve většině případů nepozná, že je něco špatně a diagnóza je stanovena až na lékařské prohlídce. Stále dochází k vylučování těhotenských hormonů a mnohdy přetrvávají těhotenské příznaky. Díky moderním ultrazvukovým a laboratorním metodám je v populaci prokázáno, že zamlklý potrat představuje velmi častou komplikaci těhotenství, avšak neobeznámou u spousty těhotných žen. Tento výsledek poukazuje na důležitost role zdravotníků v komunikaci a celkovém přístupu k ženám po zamlklém potratu (ÚZIS, 2022; Roztočil, 2011, s. 204; Dugas, Slane, 2022).

3.1 Rizikové faktory a etiologie

Riziko potratu je mnohorozměrné, a přestože některé rizikové faktory pro matku mají tendenci být důležitější než jiné, neexistuje pouze jeden prediktor budoucí ztráty těhotenství. Věk matky je jedním z nejdůležitějších rizikových faktorů potratu. U žen ve věku 20 až 30 let je riziko zamlklého potratu těhotenství 8,9 %. To se zvyšuje na 74,7 % u žen starších 40 let. Dalším důležitým prediktorem rizika předčasné ztráty těhotenství je předchozí porodnická anamnéza. Riziko potratu narůstá s každým dalším potracením v budoucím těhotenství. Avšak i ženy, které prodělaly zamlklý potrat vícekrát, mají velkou šanci porodit zdravého potomka (Dugas, Slane, 2022).

Příčin zamlklého potratu může být mnoho. Nejčastěji se jedná o komplikace genetické, anatomické, endokrinní, infekční, imunologické a další. V 50 % případů zůstane příčina potratu neobjasněná (Roztočil, 2011, s. 204-206). Mateřské komorbidity např. trombofilie, antifosfolipidový syndrom, obezita matky a hypertenze také zvyšují riziko potratu. Mezi další rizikové faktory patří kouření cigaret, užívání velkého množství kofeinu, traumata a podvýživa (Dugas, Slane, 2022).

Genetické faktory – Nejčastěji se jedná o chromozomální odchylky vznikající při dělení buněk nebo nositeli mutací genů jsou samotní rodiče. Může dojít k tzv. balancované translokaci, kdy je jeden z rodičů nositelem správné genetické informace, ale část jednoho chromozomu se

abnormálně uloží k druhému. Pokud dojde k oplození, většina gamet a následně embryí má abnormální chromozomovou výbavu a nejsou životaschopná. V případě, že se embryo dále vyvíjí, dojde k následnému postižení dítěte monozomií či trizomií a vzniká tak například známý Downův syndrom. Dědičné trombofilie jsou stavy často podněcující těhotenskou ztrátu, zejména se jedná o mutaci faktoru V Leiden dle Roztočila (2011, s. 204).

Anatomické abnormality – Zamlklý potrat mohou způsobit i poruchy děložního hrdla a těla, vznikající dědičně nebo v průběhu života. Nejčastější vrozenou malformaci dělohy představuje hypoplazie, která kromě potratu může způsobit inkompetenci čípku a předčasný porod. Mezi získané abnormality se řadí myomy, které často narušují prostředí implantace, embryo se tak nemůže uhnízdít do děložní sliznice a žena potratí. Stejnou situaci způsobují také záněty a nádory dělohy. Endometrióza navíc podněcuje vznik srůstů v děložní dutině. Dalšími příčinami jsou operace na děložním hrdle, porodní poranění a instrumentální dilatace hrdla (Hájek a kol., 2014, s. 241).

Endokrinní faktory – Mezi endokrinní příčinu spojovanou se zamlklým potratem řadíme luteální insuficienci. Jedná se o stav charakterizovaný nedostatečnou funkcí žlutého tělíska, který může mít negativní vliv na vývoj oocytů a endometria. Mnoho žen může vykazovat díky zvýšenému luteinizačnímu hormonu známky syndromu polycystických ovárií, který úzce souvisí se zvýšenou inzulínovou rezistencí. U ženy se tak rozvíjí diabetes mellitus a pokud nedojde k jeho kompenzaci, hyperglykemie způsobí defekt embrya. Závažné formy diabetu II. typu narušují cévní zásobení dělohy a vedou k potratu. Častým důvodem problémů v těhotenství je i zvýšená nebo snížená funkce štítné žlázy, jejíž hormony zásadně ovlivňují rovnováhu pohlavních hormonů (Roztočil, 2011, s. 205).

Infekce matky – Nejčastěji se uplatňují sexuálně přenosné infekce, jejichž původcem může být bakterie, vir, parazit či plíseň. Mezi hlavní patogeny a infekce se řadí Chlamydia trachomatis, Mycoplasma hominis, Ureaplasma urealyticum a bakteriální vaginóza. Tyto mikroorganismy spouští celou řadu mechanismů způsobující infikaci plodu a placenty, předčasné ukončení těhotenství a těhotenskou ztrátu (Roztočil, 2011, s. 205).

Imunologické faktory a další – Imunologické příčiny se týkají antityreoidálních a antifosfolipidových protilátek, protilátek proti spermiím a trofoblastům. Na vzniku potratu se podílí také celá řada vnějších faktorů. Těhotná žena by se měla vyhýbat lékům, jako jsou cytostatika, antiprogestiny a inhalační anestetika. Škodlivě působí organická rozpouštědla, radioaktivní záření a toxiny ovzduší, především těžké kovy. Také není v těhotenství vhodné pít

alkohol, kouřit a brát drogy. Naopak by žena měla dbát na vyváženou, pestrou stravu a v prvních měsících zvýšit příjem kyseliny listové, která snižuje riziko vývojových vad (Roztočil, 2011, s. 205).

3.2 Diagnostika

K diagnostice zamlklého potratu dochází obvykle na běžné gynekologické prohlídce, kde je zjištěno, že zárodku chybí srdeční akce. Ta je při ultrazvukovém vyšetření viditelná mezi 6. a 7. týdnem gravidity. Zamlklý potrat bývá spojen s nespécifickými symptomy, tudíž ve většině případů žena nepozná, že potrací. Upozornit na něho ale může vymizení těhotenských příznaků např. ústup nevolnosti, citlivosti prsou nebo nadměrné vnímavosti pachů. Spousta žen také udává nutkavý pocit, že je něco s jejich tělem špatně (Leondires, 2023).

Při hodnocení těhotné s příznaky potratu je zásadní rozlišit, zda se jedná o skutečnou ztrátu, mimoděložní těhotenství, molární těhotenství nebo těhotenství s komplikacemi. Ke stanovení definitivní diagnózy je nutné provést důkladné vyšetření. Je odebrána anamnéza ženy, provedeno fyzikální vyšetření, následně ultrasonografie a vyšetření sérového hCG. Ultrasonografie je v dnešní době preferovanou modalitou k ověření přítomnosti životaschopné intrauterinní gestace. Nálezy naznačujícími zamlklý potrat při transvaginálním ultrazvuku je zjištěná délka CRL 7 mm a více, bez srdeční aktivity plodu nebo prázdný gestační váček o průměru 16 až 24 mm nebo více (Dugas, Slane, 2022). Avšak tyto výsledky nejsou stoprocentní, proto American College of Obstetricians and Gynecologists (2018) doporučuje odebrat sérové hladiny hCG k určení vitality zárodku.

Hodnota hCG se při fyziologickém těhotenství zdvojnásobuje každých 48 až 72 hodin, nejvyšší hladiny dosahuje ve 12. týdnu těhotenství. V případě zamlklého potratu je hodnota hCG nízká a měla by se stanovovat jednou za dva dny. Pro následnou diagnózu je totiž zásadnější sledování dynamiky růstu tohoto hormonu než jeho aktuální výše (Hájek, 2014, s. 169, 170).

3.3 Možnosti dokončení zamlklého potratu

Pokud byl ženě diagnostikován zamlklý potrat, měly by jí být nabídnuty možnosti jeho ukončení. Patří mezi ně vyčkávací proces, medikamentózní nebo chirurgické řešení. Ačkoli se tyto tři možnosti významně odlišují v postupu, všechny se ukázaly jako účinné. Rozhodnutí o tom, jakou možnost žena zvolí, je často ovlivněna postojem lékaře. Pokud jsou ale ženy bez zdravotních rizik a nevyžadují akutní chirurgický zákrok, není při srovnání těchto možností žádný rozdíl v dlouhodobých výsledcích. Každá z nich by však měla být poučena o rizicích a přínosech každé možnosti (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2018).

Zatímco úspěšnost chirurgického řešení dosahuje 99 %, riziko komplikací u všech 3 možností zůstává nízké a nepravděpodobné u zdravých žen bez komorbidních stavů. Krvácení a infekce patří mezi nejčastější komplikace u všech tří metod dokončení potratu (Dugas, Slane, 2022).

Vyčkávací metoda – Některé ženy preferují vyčkat samovolného potratu bez využití chirurgické a farmakologické intervence. Lékaři tento postup často doporučují zejména v prvních osmi nebo devíti týdnech těhotenství. Vyčkávání na samovolné odloučení může trvat dny až týdny, přibližně 80 % žen ho dosáhne do 8 týdnů (Dugas, Slane, 2022). V momentě, kdy k potratu dojde, žena začne krvácet a mít křeče. Krvácení může trvat 2-3 týdny nebo se gestační váček v děloze vstřebá bez velké krevní ztráty. Je zásadní, aby byly ženě poskytnuty edukační materiály poučující o tom, kdy a koho volat v případě nadměrného krvácení a jiných komplikací. Je také důležité upozornit, že pokud není dosaženo úplného vypuzení, bude nutné přistoupit k chirurgickému řešení (The Miscarriage Association, 2022).

Mezi nejčastější rizika vyčkávacího procesu se řadí infekce a nadměrné krvácení. Znamky infekce zahrnují zvýšenou teplotu, páchnoucí poševní výtok, bolesti břicha a těžké krvácení. V takovém případě je nutné navštívit lékaře, který naordinuje antibiotika nebo provede operaci, kde odstraní zbylou těhotenskou tkáň. Při krvácení je doporučeno používat vložky než tampony a nemít pohlavní styk. Vzácně může dojít k extrémnímu krvácení, kdy je ženě podána transfuze krve. Nevýhodou přirozeného vyčkávání může být také to, že nelze spolehlivě určit, kdy k samovolnému odloučení dojde. Některé ženy se mohou vyděsit z pohledu na jejich mrtvý zárodek, jiné mohou mít strach z bolestí a krvácení. Naopak velkou výhodou je možnost prožít ztrátu mimo nemocniční prostředí, kde se žena může sama rozhodnout, jak se s těhotenstvím rozloučí (The Miscarriage Association, 2022).

Farmakologická metoda – Medikamentózní řešení zamlklého potratu lze zvážit u žen bez infekce, krvácení, těžké anémie nebo krvácivých poruch, které chtějí zkrátit dobu do úplného vypuzení, ale vyhýbají se chirurgické intervenci. Misoprostol, syntetický analog prostaglandinu, jehož uterotonické účinky usnadňují otevření děložního hrdla a vypuzení děložního obsahu se podává v jedné nebo dvou dávkách. Lze ho užívat v perorální formě, sublinguálně nebo vaginálně. Většina studií naznačuje, že vaginální nebo sublinguální podání je účinnější než perorální podání, Většina žen dosáhne úplného vypuzení do 3 dnů a jen velmi malé procento z nich potřebuje následnou děložní kyretáž (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2018).

Možnými riziky farmakologické metody dokončení potratu jsou infekce a krvácení, podobně jako u předchozí možnosti. Krvácení může přetrvávat až 3 týdny a nevýhodou je následná nutnost provedení několika ultrasonografických vyšetření. Mnoho ženám připadá tento proces děsivý a bolestivý, proto je důležité, aby byly s celým postupem dostatečně informovány. Naopak některé ženy považují tuto metodu jako přirozenější než chirurgický zákrok a lépe kontrolovatelnou než přirozené vyčkávání. Na rozdíl od chirurgické metody zde není využíváno anestezie (The Miscarriage Association, 2022).

Chirurgické řešení – Chirurgická intervence spočívá v zákroku, při kterém se částečně odstraní děložní sliznice pomocí kyrety a děložní dutina se vyčistí. Tento postup se nazývá kyretáž. Vzorek odebrané tkáně je obvykle odeslán na patologické oddělení, aby se zjistilo, zda se jedná o normální těhotenskou tkáň. Kyretáž je preferována u žen s krvácením, hemodynamickou nestabilitou, kardiovaskulárním onemocněním nebo známkami infekce, protože tyto stavy vyžadují urgentní léčbu. Provádí se v celkové anestezii a trvá okolo 10 až 15 minut (Dugas, Slane, 2022; The Miscarriage Association, 2022).

Velmi zřídka dochází k velkému krvácení, infekci, poškození dělohy a okolních orgánů. Hysterektomie se provádí pouze při nekontrolovaném krvácení. Další komplikace mohou souviset s podáním anestezie. Některé ženy také mají strach z provedení kyretáže, aplikace anestetik nebo pobytu v nemocnici. Při celkové anestezii žena nevnímá a není jí tak umožněn kontakt se zárodkem, což může být vnímáno jako pozitivum i negativum. Velkou výhodou chirurgického řešení je možnost naplánování zákroku. Mnoho žen upřednostňuje tuto možnost, protože poskytuje rychlejší dokončení procesu s méně následnými kontrolami (The Miscarriage Association, 2022).

3.4 Další těhotenství

Většina žen, která zažije ranou ztrátu těhotenství, může znovu otěhotnět a mít úspěšné těhotenství. Obecně je doporučována abstinence pohlavního styku po dobu 1–2 týdnů po zamlklém potratu, aby se snížilo riziko infekce. U většiny žen se objeví menstruace za 4 až 6 týdnů, avšak nejbližší vhodná doba pro další pokus o otěhotnění je 2-3 měsíce po potratu. Po kyretáži dělohy je obvykle nutné vyčkat delší časové období než po spontánním potratu. Určitý termín pro další možné těhotenství však stanovuje obvykle lékař dle individuálního zhodnocení. Žena by se neměla snažit co nejrychleji a za každou cenu otěhotnět, dokud necítí, že je se ztrátou předchozího těhotenství smířená (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2018).

Touha po dalším dítěti často představuje impuls k nové budoucnosti, současně ale může znamenat určitý způsob úniku od zármutku. V myslí mnoha žen vyvstává naděje a víra, že tentokrát těhotenství dobře dopadne. Na druhou stranu je nové těhotenství spojované i s otázkami pochybení, což v ženách vyvolává strach a úzkosti (Ratislavová, 2016, s. 144, 145). Ženy mohou velmi pečlivě pozorovat svůj zdravotní stav, nepřiměřeně se o své dítě obávat a každá sebemenší odchylka je může znejistit. V tomto případě je dobré, aby žena vyhledala lékaře či porodní asistentku, kteří jí podrobně vysvětlí, co tato změna může znamenat. Také je dobré ženu ujistit, že její dítě je jedinečné a nové těhotenství nemá nic společného s předchozí graviditou (Špaňhelová, 2015, s. 129). Podle American College of Obstetricians and Gynecologists (2018) přibližně 65 % žen, které prodělají opakovaný zamlklý potrat pokračuje v dalším úspěšném těhotenství.

Neexistují žádné účinné intervence, které by zabránily zamlklému potratu. Pravděpodobnost potratu v budoucím těhotenství však může být snížena správnou životosprávou, užíváním kyseliny listové, pravidelným pohybem, absencí alkoholu, drog a kouření. Pokud má žena na začátku těhotenství zdravotní potíže, je nejlepší spolupracovat s lékařem na vytvoření léčebného plánu. Při opakovaných potratech je doporučováno rodičům podstoupit genetické vyšetření, které by mohlo ukázat důvod opakovaných ztrát. U žen, které prodělaly alespoň tři předchozí těhotenské ztráty, může být prospěšná léčba progesteronem v prvním trimestru (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2018).

4 PSYCHOSOCIÁLNÍ POJETÍ POTRATU

Potrat je pro ženu i její okolí velmi náročnou situací, která by neměla být zlehčována, Fakt, že dítě zemřelo v průběhu těhotenství, a ne po porodu, nijak nezmiřňuje smutek a bolest, kterému je žena vystavena (Vitingerová, 2019, s. 3). Ztráta dítěte se prolíná všemi oblastmi života. Zasahuje do fyzické, psychické, sociální i duchovní roviny (Hráská, Špaňhelová, 2020, s. 5).

4.1 Okolnosti stanovení diagnózy

Způsob sdělení úmrtí hraje zásadní roli v následném prožívání potratu. Ke stanovení diagnózy dochází ve většině případů během ultrazvukového vyšetření, při kterém ženy často sledují neverbální projevy lékařů. Opakovaně popisují, že po přiložení ultrazvukové sondy na břicho nastalo ticho a výraz lékaře zvažněl. V tento okamžik je důležité zprávu sdělit empaticky, s pochopením a podporou. Pokud lékař zvolí neosobní a necitlivý přístup, u ženy se mohou následně rozvinout dlouhodobé psychické obtíže (Ratislavová, 2016, s. 41-44). Při stanovení diagnózy zamklého potratu žena ve většině případů zažívá šok a je třeba jí poskytnout dostatek času na zpracování smutné zprávy. Lékaři by měli ženu dostatečně informovat o dalším postupu a lékařských zákrocích (Vitingerová, 2019, s. 4). Výzkumy doporučují, aby se ženě při úmrtí dítěte věnoval vyškolený personál, který dokáže vytvořit klidnou atmosféru, nebude na ženu vyvíjet časový nátlak a spěchat (Ratislavová, 2016, s. 43).

Od momentu sdělení diagnózy bývají ženy velice vnímavé k prostředí, ve kterém se nachází. K oznámení špatné zprávy by mělo docházet v soukromí, a především stranou od rodiček a těhotných žen. Pro některé ženy může být i samotné vyčkávání v čekárně mezi těhotnými traumatizující zkušeností. Je tedy vhodné se domluvit s lékařem na přesně stanovených termínech pro následné kontroly. Pokud je potřeba ženu hospitalizovat, preferováno by mělo být gynekologické oddělení místo porodního (Vitingerová, 2019, s. 5).

4.2 Emoce a pocity po potratu

Některé ženy zažívají po potratu velký smutek, který přetrvává dlouhé období. Jiné jsou našťvané a z celé situace se rychle vzpamatují. To, jak se žena po potratu cítí často závisí na okolnostech početí, jejích zkušenostech s potratem a na tom, co pro ni těhotenství znamenalo. Nejčastější emoce po potratu zahrnují smutek a pláč, šok, vztek, žárlivost, pocity viny, otupělost a zmatenost, prázdnotu a osamělost, paniku, ztrátu kontroly nebo neschopnost vyrovnat se se ztrátou. Potrat ale mohou provázet i tělesné symptomy jako únava, bolesti hlavy, bušení srdce, nespavost a nepříjemný pocit v oblasti žaludku. Všechny tyto reakce jsou adekvátní a přirozené (The Miscarriage Association, 2022). V ojedinělých případech však může smutek vyústit

v posttraumatickou stresovou poruchu, která je charakteristická znovuprožíváním nepříjemné události (Hráská, Špaňhelová, 2020, s. 7).

Potrat představuje zvláštní druh smutku a ztráty. Rodiče truchlí pro někoho, koho nepoznali a přemýšlí nad ztrátou budoucnosti svého dítěte. Zároveň se obávají i vlastní budoucnosti, zda se jim znovu podaří otěhotnět. (The Miscarriage Association, 2022). Také se věnují otázkám smyslu života a smrti, vracejí se k okamžiku úmrtí svého dítěte a trápí se otázkou: „*Proč se něco tak něco hrozného stalo právě mně?*“ Potrat je velmi individuálním prožitkem, který je u každé ženy různě charakterizovaný a dlouhý. Některé kromě smutku a bolesti hledají v celé situaci naději a porozumění (Pazdera a kol., 2021, s. 40).

4.3 Reakce okolí

Nejčastější reakcí okolí na ztrátu dítěte je mlčení. To však ženu přivádí do situace, kdy se cítí opuštěná, často zažívá pocity viny, že smrt dítěte sama způsobila, a kvůli tomu s ní lidé nekomunikují. Mnohdy se také ženy setkávají s utěšujícími slovy typu: „*Však se vám brzy podaří další miminko.*“ Okolí to nemyslí špatně, avšak žena se v nejbližší době po potratu nechce zabývat dalším těhotenstvím, naopak se potřebuje soustředit na dítě, které aktuálně ztratila. Lidé také porovnávají potracený plod s úmrtím většího dítěte slovy: „*Můžeš být ráda, že se to stalo na začátku těhotenství.*“ Tento výrok však ženě nepomůže, její bolest se nedá srovnávat. Tato komunikace však vychází ze skutečnosti, že lidé většinou neví, jak se k ženě po potratu chovat a jak k ní přistupovat. Pro mnohé je složité najít vhodná slova útěchy. Ze zkušeností žen však vyplývá, že pouhé pohlazení, naslouchání, vyjádření soucitu a nabídnutí pomoci velmi pomůže (Vitingerová, 2019, s. 3, 4).

Ztráta dítěte představuje těžkou zkoušku pro oba rodiče. Některé páry zjišťují, že je smutek sbližuje a ani nepotřebují podporu ostatních. Jiné páry naopak tato situace odcizí, vzájemně se obviňují a reagují nepřiměřenými emocemi. Partner může truchlit odlišnými způsoby, což může být následek napětí a nepochopení ve vztahu. Muži se často trápí krátkodobě, neprojevují velký smutek a o ztrátě nechtějí hovořit. Avšak mají potřebu své partnerky ochraňovat, a to se děje především různými aktivitami. Odstraňují věci připravené pro dítě, zařizují formální záležitosti, předávají informace zdravotníkům a okolí (Ratislavová, 2016, s. 106-110). Mnohdy jsou to oni, kdo oznamuje smutnou zprávu svým blízkým (Takács a kol., 2015, s. 144). Partneri se v určitých situacích mohou cítit přehlíženi, pokud je veškerá pozornost upřena na ženu a jejich pocity jsou ignorovány. Avšak i oni mají právo na vyjádření emocí a využití jakékoliv podpory (Ratislavová, 2016, s. 109).

Pokud v rodině zasažené ztrátou, vyrůstá další dítě, je evidentní, že tato nelehká situace ovlivní i jeho. Následné reakce často závisí na věku, osobnostních vlastnostech, chování rodičů a okolí. V případě, že se zavedený režim domácnosti naruší na delší dobu, u dítěte se mohou objevit změny chování, hyperaktivita, nadměrné vyžadování pozornosti, úzkosti nebo noční děsy. Je důležité neskrývat své emoce, vysvětlit mu celou situaci, nevyhýbat se tématu smrti a sdělit informace přiměřené jeho věku. Pokud tak rodiče neučiní, jejich potomek bude zmatený a nebude chápat, co se děje. Dobré orientace mohou rodiče dosáhnout například zapojením dítěte do loučících rituálů, jako je pohřeb, zapálení svíčky nebo výběrem různých upomínkových předmětů. Dítě tak získá zpět pocit kontroly nad situací (Ratislavová, 2016, s. 104, 105; Hráská, Špaňhelová, 2020, s. 13, 14).

5 PÉČE O ŽENU PŘI ZAMLKLÉM POTRATU

Z psychologického pohledu patří ztráta dítěte mezi krizovou událost, jež ovlivňuje především matku, která potratila. Je však psychicky náročnou situací i pro zdravotníky, kteří musí ženě poskytovat náležitou péči na odborné úrovni. Přesto se na některých pracovištích setkáváme s nedostatečnou podporou a bagatelizací situace. V současné době jsou lékaři často pracovně vytíženi a následkem toho dochází k neosobnímu přístupu a nedostatečné komunikaci. Pro ženu je však důležité, aby zdravotníci volili lidský, citlivý přístup a její ztráta byla uznávána a respektována. Pokud k takovému postoji nedojde, může se stát, že žena bude traumatizována do konce svého života (Vitingerová, 2019, s. 2, 3).

5.1 Role porodní asistentky

Jak uvádí Slezáková a kol. (2017, s. 11), k prvnímu kontaktu porodní asistentky s ženou, které byl diagnostikován zamlklý potrat dochází nejčastěji na ambulantní části gynekologicko-porodnického oddělení. Diagnostické vyšetření a ordinaci léků provádí lékař, avšak role porodní asistentky v ambulanci je také nezbytná. Porodní asistentka asistuje lékaři při ultrazvukových či jiných vyšetřeních a zákrocích, zapisuje do dokumentace, aplikuje léky a odebírá biologický materiál dle ordinace lékaře, udržuje čisté prostředí ambulance pravidelným úklidem a doplňováním materiálu. Nicméně jejím nejdůležitějším úkolem je ženu i její rodinu dostatečně informovat, edukovat a v případě zamlklého potratu citlivě doprovázet.

Porodní asistentka pečující o ženu po zamlklém potratu by se měla vždy chovat laskavě a ohleduplně (Vitingerová, 2019, s. 4). Měla by dát ženě prostor k vyjádření svých emocí, projevit spoluúčasť, pochopení a zájem. Slova typu: „*Jen se vyplakejte,*“ „*budu tu kdykoliv pro Vás,*“ „*máte dostatek času na promyšlení dalšího postupu, ...*“ ženám v takových chvílích pomáhají nejvíce. Naopak není vhodné používat výplňové věty typu: „*Ještě to ani nebylo miminko,*“ „*však se můžete brzy pokusit o další, ...*“ (Zemánková, Michalová, 2021, s. 5). I když může být reakce maminky na ztrátu neadekvátní, což je naprosto přirozené, personál by nikdy neměl ženu soudit a ponižovat. Je dobré, aby se porodní asistentka vždy představila, protože ženy potřebují vědět, kdo o ně bude po následující dobu pečovat. Také považují za důležité přítomnost pouze jedné, maximálně dvou ošetřujících osob, se kterými mohou být v kontaktu i nadále. Porodní asistentka by tedy měla zamezit častému střídání ošetřujícího personálu a styku s ostatními těhotnými ženami. Rovněž by mělo dojít k předání kontaktů, kterých bude moci žena kdykoliv využít v případě potřeby (Vitingerová, 2019, s. 4).

Úkolem porodní asistentky je představit rodičům následný plán péče a podat jim souhrnné informace, nejlépe v papírové podobě, které budou mít vždy k dispozici. Žena by měla být dostatečně informovaná o všech třech možnostech dokončení potratu. Porodní asistentka s lékařem by jí měli poskytnout dostatek času k výběru možnosti a podpořit ji v jejím rozhodnutí. Poté je nutné ženě objasnit celý postup zvolené možnosti, informovat jí o možných komplikacích a vysvětlit postupy, které mohou být vyžadovány v důsledku komplikací (Zemánková, Michalová, 2021, s. 5).

Porodní asistentka hraje důležitou roli v procesu truchlení a velký rozsah péče by měl být věnován i psychickým potřebám rodiny. Porodní asistentka by měla rodičům nabídnout možnost rozloučení a uchování vzpomínek. Také by měla vysvětlit význam rituálů a navrhnout uspořádání pohřbu. Pokud rodiče o pohřbení nemají zájem, mělo by jim být objasněno, jak bude s embryem či plodem zacházeno. V neposlední řadě je úkolem porodní asistentky poskytnout rodičům kontakty na odbornou či laickou pomoc (Balabánová, Mlynáriková, 2021, s. 12).

Jak již bylo zmíněno, ztráta dítěte v jakékoli fázi těhotenství zasahuje do života nejen rodičů, ale i zdravotníků. Proto by i porodní asistentky měly myslet na své emoce, pocity, duševní zdraví a neměly by se ostýchat vyhledat pomoc v případě potřeby (Balabánová, Mlynáriková, 2021, s. 13). Zemánková a Michalová (2021, s. 6) doporučují porodním asistentkám, aby se nebály vyjádřit své pocity např. prostřednictvím kresby, sportu, komunikace. Dále nezanedbávaly své vlastní potřeby, pečovaly o sebe a zdokonalovaly se ve znalostech problematiky rané ztráty těhotenství.

5.2 Rozloučení, rituály a vzpomínkové předměty

Pro mnoho rodičů je zásadní, aby se mohli se svým zemřelým potomkem rozloučit a měli na něho nějakou vzpomínku. Smrt se stala nedílnou součástí jejich života a neměla by být opomíjena. Památky však hrají velkou roli i u starších sourozenců a dětí, které se rodičům teprve narodí (Špaňhelová, 2015, s. 112, 113). Ultrazvukové fotografie, těhotenské průkazky či jiné doklady spjaté s těhotenstvím slouží nejčastěji k uchování vzpomínek po zamlklém potratu. Některé nemocnice nabízejí také možnost vyplnění vzpomínkového listu a získání vzpomínkových krabiček, tzv. memoryboxů (Pazdera a kol., 2021, s. 9, 10). Memoryboxy jsou určené spíše pro donošená a nedonošená miminka, ale například Perinatální hospic Dítě v srdci (2023) podporuje i rodiče procházející ranou ztrátou těhotenství. Tato organizace plete a háčkuje košíčky, tzv. Honzíkovy lodičky, pro úplně nejmenší miminka, kterým nelze otisknout ručičku nebo nožičku a není možno je obléct. Existuje ale mnoho způsobů, jak se může rodina

rozloučit a mít na své dítě celoživotní památku. Loučení může proběhnout velmi krátce i delší dobu, v nemocnici i domácím prostředí, vše záleží na preferenci rodičů. Často dochází k tomu, že jim tato možnost není nabídnuta nebo se celého procesu obávají. V takovém případě je vždy možné rozloučit se později (Jelínková, 2021, s. 10).

Některé rodiny nacházejí útěchu v rituálech spojených se ztrátou jejich dítěte. Rituály související s úmrtím jsou vysoce kulturně rozmanité a řadí se mezi tzv. přechodové rituály. Rodiče se stali matkou a otcem, ale následně se se svou novou rolí loučí. Účast na rituálech pomáhá zmírnit jejich truchlení, přispívá k vyrovnání se s celou situací a umožňuje naději v úspěšné další těhotenství (Tseng et al., 2018). Rituály utvářejí prostor pro truchlení a rodiče ho vyplňují svíčkami, květinami, soškou nebo jinými předměty, které jsou pro ně smysluplné. Často také nachází smysl v napsání dopisu nebo básně svému dítěti, ve vytvoření uměleckého díla např. obrazu, kresby, koláže, uspořádání obřadu či zasazení květiny či stromu v zahradě. Květiny nebo ovoce rostoucí na stromě mohou být každoroční připomínkou lásky k dítěti, které rodina ztratila. Je však důležité, aby se rodiče rozloučili dle svého přesvědčení a potřeb. Rituály nemusí být vůbec uskutečňovány, pokud o ně rodiče nemají zájem. Každý člověk truchlí jinak a co vyhovuje jednomu, nemusí vyhovovat druhému (Kuyvenhoven, 2017). Proto by měli zdravotničtí pracovníci diskutovat s pozůstalými rodiči, o tom, zda vůbec chtějí nějaké rituály provádět, nabídnout jim možnosti a poté respektovat jejich rozhodnutí (Tseng et al., 2018).

5.3 Pohřbení

Pohřby pomáhají vyrovnat se se ztrátou a pro pozůstalou rodinu tak hrají velkou roli. Tyto rituály poskytují pocit podpory ve stresujících časech a představují bezpečné místo pro fyzické a emocionální vyjádření smutku. Vyvolávají vzpomínky, které pomáhají najít smysl toho, proč k úmrtí došlo (Doka, 2016, s. 120, 121).

Dle zákona č. 193/2017, kterým se mění zákon 256/2001 Sb. o pohřebnictví a o změně některých zákonů mají rodiče právo požádat o vydání tělíčka k následnému pohřbení. V současné době nezáleží na tom, v jakém týdnu gravidity žena potratila. Pokud se tedy rodiče rozhodnou potracené embryo nebo plod pohřbít, mají na toto rozhodnutí lhůtu 96 hodin po potratu (Pazdera a kol., 2021, s. 8, 9). Pohřeb zprostředkuje buď zdravotnické zařízení, které pozůstatky zpopelní a uloží do společného hrobu nebo kremaci zařídí dle svých preferencí sami rodiče (Jelínková, 2021, s. 12). V případě odeslání pozůstatků na genetické vyšetření, k následnému pohřbu nemusí dojít z důvodu nedostatečného množství tkáně. V této situaci je dobré najít jiný způsob, jak se s dítětem rozloučit. Pokud si rodiče pohřeb nepřejí, je úkolem

zdravotníků informovat o důstojném zacházení s pozůstatky. Ty jsou dle zákona spolu s ostatními ostatky po potratu spalovány mimo biologický odpad a následně uchovány nejčastěji ve společném hrobě. Pro rodiče je velmi důležité, aby věděli, kde se pozůstatky jejich dítěte nachází (Pazdera a kol., 2021, s. 9).

5.4 Možnosti podpory a pomoci

Je samozřejmé, že ne každý z nás dokáže zvládnout smutek sám. Pokud se rodina snaží vyrovnat se se svými pocity, pravděpodobně bude potřebovat podporu, která může být hledána brzy po potratu nebo mnohem později. V případech, kdy rodiče nejsou schopni zvládnout náročné období sami nebo s pomocí svých blízkých, mohou využít různé typy podpory, nejčastěji laické poradenství nebo odbornou pomoc (Špaňhelová, 2015, s. 121; Ratislavová, 2016, s. 98, 99).

Laické poradenství funguje na možnosti sdílení svého příběhu s někým, kdo zažil a následně se vypořádal s podobnou situací. Laickými poradci jsou především rodiče, kteří překonali ztrátu dítěte a nyní se snaží pomáhat jiným pozůstalým rodinám. Jejich úkolem je vcítit se do situace rodičů zasažených ztrátou, naslouchat jim, spoluprožívat smutek, pochopit proces vyrovnávání a také pomáhat s formálními záležitostmi. Jinou formu laického poradenství představují svépomocné skupinky rodičů, sourozenců nebo blízkých. Při takových setkáních dochází k vzájemnému sdílení emocí, příběhů i zkušeností. Rodiče tak pochopí, že nejsou na celou situaci sami a nepřipadají si odlišní (Hráská, Špaňhelová, 2020, s. 20, 21). V dnešní době jsou populární internetové diskusní skupinky, které umožňují komunikaci s ostatními kdykoliv. Ženy tak mohou pročitat zkušenosti jiných rodičů a sdílet svůj příběh anonymně. Na rozdíl od svépomocných skupin jsou ale internetová diskusní fóra vytvořena neodborníky a nevyškolenými poradkyněmi, což představuje určitou nevýhodu (Ratislavová, 2016, s. 100, 101).

Pokud žena nemůže o ztrátě mluvit bez intenzivního smutku, potrat a žal jsou dominantními tématy jejího života, laické poradenství nemusí stačit. Vyhledat odbornou pomoc by měla v případech, kdy v sobě nosí sebedestruktivní myšlenky, jako je spáchání sebevraždy nebo přemýšlí o ublížení druhým, deprese a úzkosti jí znemožňují fungovat v normálním životě, vyhledává alkohol, léky, drogy nebo má dlouhodobé problémy se spánkem (Doka, 2016, s. 213, 214). Odbornou pomoc nezajišťují pouze psychologové a psychoterapeuti, kteří rodičům naslouchají, seznamují je s fázemi truchlení a poskytují jim psychologickou podporu. Velkou roli zde hrají i krizoví intervenenti, kteří pomáhají rodičům akceptovat smutnou zprávu a usměrnit

emoce krátce po potratu. Rodina může také využít sociálně-právní poradenství nebo podporu zaměřenou na duchovní a spirituální potřeby (Hráská, Špaňhelová, 2020, s. 21, 22). Často je odborná pomoc doporučena pouze rodičům, avšak ztráta dítěte negativně ovlivňuje celou rodinu včetně sourozenců, kterým by měla být tato možnost také nabídnuta. Zdravotníci by tedy měli předat rodičům přesné informace a materiály týkající se odborné či laické pomoci. Hlavním cílem je, aby rodiče věděli, kde takovou pomoc najít a nebáli se její jakýkoliv druh využít (Vitingerová, 2019, s. 7).

PRŮZKUMNÁ ČÁST

6 PRŮZKUMNÉ CÍLE A OTÁZKY

6.1 Průzkumný hlavní cíl

Zjistit individuální potřeby žen po diagnóze zamlklého potratu.

Zjistit, jaký je přístup zdravotníků k těmto ženám.

Charakterizovat zásadní problematiku tématu.

6.2 Dílčí cíl práce

Zaznamenat subjektivní pocity žen po zamlklém potratu.

6.3 Průzkumné otázky

Na výše uvedené průzkumné cíle byly stanoveny průzkumné otázky:

1. Jak probíhalo těhotenství v období před ztrátou?
2. Jak jste se dozvěděla o tom, že se miminko nevyvíjí?
3. Jakým způsobem byl zamlklý potrat ukončen?
4. Jaký byl postoj zdravotníků k Vám po zjištění diagnózy?
5. Jak jste se se ztrátou vyrovnávala?
6. Jak byste zhodnotila celou situaci s odstupem času?

7 METODIKA PRŮZKUMNÉ ČÁSTI

Tato bakalářská práce je teoreticko-průzkumná. Průzkum byl proveden kvalitativní metodou, která pracuje s malým vzorkem respondentů. Tato metoda umožňuje lépe a hlouběji proniknout do prožívání řešené problematiky respondentek. Jelikož se zabývám velmi osobním a citlivým tématem, informace byly získávány pomocí polostrukturovaného rozhovoru.

Při přípravě polostrukturovaného rozhovoru si tazatel vytváří určitý plán otázek, který následně předkládá svým respondentům. Pořadí otázek není striktní a může se v průběhu rozhovoru měnit. V průběhu kladení některých otázek dáváme více prostoru k vyjádření respondentovi, naopak v jiných se držíme striktní osnovy. Důležité je také vzájemné pochopení, pokud nerozumíme výroku respondenta, žádáme ho o vysvětlení a upřesnění. O tématu hovoříme do té doby, než dosáhneme svých cílů a objasnění průzkumných otázek (Miovský, 2006, s. 160-161).

7.1 Sběr dat

Průzkumné šetření probíhalo na přelomu listopadu a prosince roku 2022. Cílovou skupinou byly ženy, kterým byl diagnostikován zamlklý potrat a byly ochotné spolupracovat. Celkem se do rozhovoru zapojilo 6 respondentek, které byly osloveny skrze soukromou skupinu na sociální síti Facebook. Tato skupina sdružuje ženy zasažené zamlklým potratem a umožňuje sdílet jejich rady, osobní příběhy i vzájemnou podporu. K možnosti přidávání příspěvků a komentářů ve skupině bylo nutné požádat správce o členství, které bylo během pár dnů potvrzeno. Následně byl do soukromé skupiny přidán příspěvek týkající se prosby o spolupráci na mé bakalářské práci. Příspěvek stručně shrnul téma práce a oslovil ženy, kterým byl v posledních dvou letech diagnostikován zamlklý potrat. Během týdne na něj reagovalo 8 žen, ale pouze 6 z nich splňovalo stanovená kritéria. Rozhovory probíhaly při osobním setkání nebo online formou pomocí videohovoru přes aplikaci Messenger dle preferencí respondentky. Sestaveny byly z 23 otázek rozdělených do 6 kategorií. Průběh rozhovorů byl však uzpůsoben individuálně.

V úvodní části rozhovoru proběhlo krátké představení mé osoby, tématu bakalářské práce a každé ženě byly sděleny informace o anonymním způsobu interpretace výsledků. Respondentky byly také informovány o účelu průzkumného šetření a možnosti neodpovědět na všechny otázky nebo možnosti kdykoliv rozhovor ukončit. S následným souhlasem byl rozhovor nahráván. Každá žena byla požádána, aby popsala svou zkušenost se zamlklým potratem a odpověděla na doplňující otázky. Velká část rozhovoru se věnovala otázkám

zabývajících se přístupem personálu a poskytnutím následné péče. Nedílnou součástí byl také prostor pro vyjádření subjektivního prožívání celé situace. Ženy pro svou ztrátu neuvádějí odborné názvy jako „plod“ či „embryo,“ ale mluví jako o svém miminku a dítěti. Z tohoto důvodu bylo v rozhovorech záměrně využíváno termínu „miminko“ pro vyjádření úcty a respektu.

Délka rozhovorů byla různá od 33 minut do 1 hodiny 10 minut. Rozhovory byly následně přepsány v programu MS Word do spisovného jazyka a analyzovány. Díky analýze můžeme pochopit samotný základ věcí nebo jevů a určit směr průzkumné činnosti. Uplatňujeme ji v každé jednotlivé fázi a je součástí celého procesu kvalitativního průzkumu (Kutnohorská, 2009, s. 29).

7.2 Charakteristika průzkumného souboru

Respondentkami jsou ženy, které prodělaly zamlklý potrat v posledních dvou letech. Hranice dvou let byla stanovena na základě odborné literatury, která uvádí, že doba přijetí a zpracování ztráty dítěte trvá zpravidla 1-2 roky. Po této době je většina rodičů schopna vracet se k normálnímu životu a na potrat vzpomínat bez negativních myšlenek. Během tohoto období mají ženy na ztrátu čerstvou vzpomínku, jsou schopné ji podrobně popsat, což bylo pro bakalářskou práci také zásadní. Respondentky byly osloveny prostřednictvím podpůrné skupiny na sociální síti Facebook, ve které může každá žena sdílet vlastní zkušenost se zamlklým potratem s ostatními. Jejich účast v průzkumu byla zcela dobrovolná a podmíněná vyjádřením souhlasu, který proběhl ústní formou. Pro průzkum bylo osloveno celkem 6 respondentek. Ženám byla zachována anonymita použitím identifikačních zkratk A-F. Prvními třemi respondentkami byly ženy, které prožily zamlklý potrat několikrát, druhou skupinu tvořily ženy s jediným prodělaným zamlklým potratem. Věkové rozmezí dotazovaných se pohybovalo od 31 do 37 let. Ani na jeden rozhovor nebyla stanovena časová hranice a respondentky tak mohly vyprávět svůj příběh bez jakéhokoliv přerušování. Nejprve je uveden stručný popis každé respondentky, poté znázorněna jejich základní charakteristika (viz Tabulka 1).

Respondentka A – Respondentce A je 34 let a prodělala zamlklý potrat celkem dvakrát. V roce 2018 porodila zcela zdravou holčičku, poté následovala dvě těhotenství po IVF, která ale skončila potratem. První z nich proběhl v roce 2021 ve 12. týdnu těhotenství, druhý v roce 2022 v 8. týdnu těhotenství. Respondentka si přála svůj příběh sdílet osobně, tudíž se naše setkání

uskutečnilo ve velmi příjemném prostředí kavárny, kde panoval klid a byla zde velká míra soukromí. Rozhovor probíhal po celou dobu naší schůzky a jeho délka činila 1 hodinu 10 minut.

Respondentka B – Druhé respondentce je 35 let, těhotná byla za svůj život celkem čtyřikrát, avšak ve třech případech došlo ke ztrátě. Všechna těhotenství byla plánovaná a zdařilá přirozenou cestou. V roce 2016 u ní proběhl v 6. týdnu těhotenství spontánní potrat, v roce 2020 v 8. týdnu první zamlklý potrat a v roce 2022 zhruba v 9. týdnu druhý zamlklý potrat. Mezi ztrátami se jí však v roce 2021 narodila zdravá dcera. V tomto případě rozhovor probíhal online formou skrze videohovor kvůli pracovní vyčíženosti respondentky. Respondentka velmi otevřeně vyprávěla svou zkušenost s oběma zamlklými potraty a rozhovor byl dokončen za 48 minut.

Respondentka C – Této respondentce je 37 let a těhotenskou ztrátou si prošla celkem pětkrát. První zamlklý potrat proběhl v roce 2005 v 7. týdnu těhotenství, ale rok poté se respondentce narodila zdravá dcera. V roce 2015 následovaly další dva zamlklé potraty, první z nich v 6. týdnu a druhý v 7. týdnu těhotenství. Ke čtvrtému zamlklému potratu došlo v roce 2021 ve 13. týdnu těhotenství a k poslednímu v roce 2022 ve 12. týdnu těhotenství. Ve všech případech respondentka otěhotněla přirozenou cestou a nyní je v 6. týdnu těhotenství po IVF. Rozhovor se uskutečnil pomocí videohovoru, protože tato forma byla pro respondentku příjemnější. Celková délka hovoru činila 43 minut.

Respondentka D – Respondentce D je 31 let a její zkušenost se zamlklým potratem byla první. Došlo k němu v roce 2020 v 10. týdnu těhotenství. V následujícím roce se jí však podařilo otěhotnět znovu a porodit zdravou holčičku. Obě těhotenství byla zdařilá přirozenou cestou. Naše setkání proběhlo online formou pomocí videohovoru a byla u něho přítomná i dcera respondentky. Občas nás holčička vyrušila a dožadovala se pozornosti, ale i přes to se jednalo o velmi milé setkání. Respondentka hovořila stručně a přesně, tudíž byl rozhovor ukončen po 33 minutách.

Respondentka E – Této respondentce je 33 let a zamlklým potratem si prošla jednou. K potratu došlo po dvou bezproblémových těhotenství a o to větší šok to pro respondentku byl. Třetí těhotenství plánované nebylo a ztráta proběhla v roce 2021 v 7. týdnu těhotenství. Nyní se s partnerem snaží o dalšího potomka. Přáli by si holčičku, jelikož doma mají dva chlapečky. Rozhovor probíhal v domácím prostředí respondentky, kde byla nastolena příjemná atmosféra a bylo zřejmé, že toto prostředí jí maximálně vyhovuje. Rozhovor trval okolo 36 minut, ale i za tak krátkou dobu jsem se dozvěděla vše potřebné.

Respondentka F – Poslední respondentce je 35 let a k zamlklému potratu u ní došlo jednou. V roce 2019 porodila zdravého chlapečka a potrat byl diagnostikován v roce 2022 v 9. týdnu. Druhé těhotenství, které skončilo ztrátou, bylo plánované s využitím metody IVF. Na ultrazvuku bylo zjištěno, že se jednalo o jednovaječná dvojčátka. V budoucnu by si s partnerem ještě jednoho potomka přáli. Na žádost respondentky proběhl rozhovor online formou a jeho délka činila 58 minut.

Tabulka 1- Charakteristika respondentek

Respondentka	Věk v době průzkumu	Otěhotnění	Počet zamlklých potratů	Týden těhotenství
A	34	plánované po IVF	2	12. týden 8. týden
B	35	plánované přirozené	3	6. týden 8. týden 9. týden
C	37	plánované přirozené	5	7. týden 6. týden 7. týden 13. týden 12. týden
D	31	plánované přirozené	1	10. týden
E	33	neplánované přirozené	1	7. týden
F	35	plánované po IVF	1	9. týden

8 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

8.1 Rozhovory

V následující části je proveden rozbor odpovědí respondentek na jednotlivé otázky z rozhovoru. Výpovědi jsou následně analyzovány v kapitole diskuze.

8.1.1 Průzkumná otázka 1

V první průzkumné otázce měly respondentky shrnout průběh těhotenství v období před ztrátou. K této oblasti rozhovoru byly přiděleny tyto podotázky:

- Plánovala jste otěhotnět?
- Jakým způsobem a za jak dlouho se Vám podařilo otěhotnět?
- Vyskytly se u Vás během těhotenství nějaké komplikace?
- Měla jste podporu v partnerovi a okolí nebo tomu bylo naopak?
- Věděla jste, které příznaky mohou být spojené s potratem?

K otázce plánování těhotenství se vyjádřily všechny ženy. Kromě respondentky E, plánovala otěhotnět každá. Respondentka A navíc uvedla: „*S partnerem jsme byli dohodnutí, že chceme pro dceru sourozence, tudíž otěhotnět jsem určitě chtěla.*“ Pro respondentku C byl jedním z hlavních důvodů k těhotenství její přibývající věk. Naopak respondentka E těhotenství neplánovala kvůli nevhodnému načasování. K otěhotnění totiž došlo velmi brzy po porodu jejího druhého dítěte a situace pro ni byla nečekaná. Následně si ale tyto myšlenky vyčítala.

Většina respondentek otěhotněla přirozenou cestou, pouze dvě pomocí Centra asistované reprodukce. Respondentky A a F podstoupily metodu umělého oplodnění, avšak u každé z nich bylo dosaženo úspěšnosti za různě dlouhou dobu. U respondentky A byl tento proces dlouhý. Nejprve podstoupila třikrát metodu intrauterinní inseminace a až na čtvrtý pokus se těhotenství zdařilo pomocí IVF. Naopak respondentka F uvedla: „*Přirozené početí je u nás s partnerem bohužel neúspěšné, tudíž jsme se rozhodli pro embryotransfer, který se zdařil na první pokus.*“ U respondentky B, která se rozhodla vyprávět o obou zamlklých potratech, se první těhotenství podařilo za rok a čtvrt a druhé po půl roce, obě přirozenou cestou. Podobnou zkušenost má i respondentka D, která se s partnerem snažila o těhotenství 6 měsíců a povedlo se také přirozeně. U respondentek C a E se otěhotnění podařilo po krátké době. Respondentka C nadšeně dodala: „*Mám opravdu štěstí, že dokážu otěhotnět velice brzy. Všechna má těhotenství se podařila během velice krátkého snažení, asi v průběhu dvou měsíců.*“ Během rozhovoru na ní bylo vidět,

že měla z těhotenství opravdu radost. Na rozdíl od respondentky E, která otěhotnět takto brzy neplánovala.

Co se týče komplikací v graviditě, u většiny respondentek nedošlo k výrazným problémům. Tři respondentky uvedly, že se u nich neobjevily žádné potíže. „*První zamlklé těhotenství proběhlo opravdu brzy, tudíž mi ani nestihly začít těhotenské nevolnosti nebo něco takového. U druhého jsem již měla těhotenské příznaky. Bylo mi špatně, bolely mě prsa, byla jsem unavená. Krvácení ani špinění se ale nedostavilo*“ popisovala respondentka B. Respondentka D dodala: „*Nějaké zásadní problémy se nevyskytly, o rizikové těhotenství se nejednalo. Komplikace se objevily, až když jsem o miminko přicházela.*“ Podobnou situaci zažila i respondentka F, jejíž tělo jí také nedalo žádný signál směřující k potratu. U dalších dvou žen se objevily spíše nespecifické symptomy. Respondentka A popsala: „*V těhotenství bylo vše v naprostém pořádku, žádné krvácení ani špinění se u mě neobjevilo. Jen mi přestala zapáchat instantní káva, dříve jsem z ní cítila zkyslý pach, a to přestalo. Myslela jsem, že je to normální, tudíž jsem tomu nevěnovala pozornost.*“ Podobně vypověděla i respondentka E: „*Žádné komplikace se během těhotenství nevyskytly, ale měla jsem vnitřní pocit, že je něco jinak než u těch předchozích. Nedokážu to ale vůbec popsat a vysvětlit.*“ V posledním případě se respondentka C setkala s komplikací, která mohla být spojená s potratem, ale na takový závěr nepomýšlela. Ve svém výroku shrnula i přístup personálu: „*V těhotenství se nevyskytl ani nějaký výrazný problém, pouze jsem jednou zašpinila. Paní doktorka mi dala utrogestan, a poté bylo vše v naprostém pořádku. Každopádně ke mně zdravotníci nebyli úplně vstřícní a divili se, proč jezdím na pohotovost, když jsem teprve na začátku těhotenství. Řekli mi, že špinění je na začátku gravidity normální. Ale moc jsem si to k srdci nebrala, měli jsme zavedenou těhotenskou průkazku, miminku bilo srdíčko a my byli i tak šťastní.*“

Dle výpovědí respondentek byla všechna těhotenství podpořena partnery nebo nejbližším okolím. Respondentky B, C, D a E sdělily zprávu o těhotenství jen partnerovi a rodině. Oproti tomu respondentky A a F se svěřily rozsáhlejšímu okruhu lidí. Respondentka A na otázku týkající podpory odpověděla následovně: „*Reakce na těhotenství byla ze všech stran pozitivní, s partnerem jsme si oba miminko přáli.*“ U respondentky F došlo k oznámení dvojčetného těhotenství brzy, čehož zpětně litovala: „*My jsme s partnerem těhotenství oznámili známým cca v 8. týdnu, což nebyla dobrá volba a беру si z této situace ponaučení. Jinak partner byl samozřejmě nadšený a rodina se také na miminko těšila.*“

O symptomech možného potratu byly v dostatečné míře informované čtyři respondentky. Více znalostí měly ženy, které zamlklým potratem prošly vícekrát, tedy respondentky A, B a C. Respondentka A stručně odpověděla: „*Ano, věděla jsem, že právě krvácení, ostrá bolest, křeče, ztráta citění pohybů v pozdějších stádiích těhotenství mohou být signály potratu.*“ Respondentky B a C měly informace nastudované z různých zdrojů, např. časopisů a internetu. Respondentka F uvedla i zkušenost z předchozího těhotenství: „*U prvního syna jsem jednoho dne začala silně krvácet. Tam bylo nakonec vše v pořádku, ale určitě jsem měla strach a věděla jsem, že to může být spojeno s potratem. Informovaná jsem v tomto byla dostatečně.*“ Na druhé straně respondentky D a E měly znalostí méně. Respondentka E dodala: „*Vlastně jsem ani netušila, že existuje něco jako zamlklý potrat.*“

8.1.2 Průzkumná otázka 2

Pomocí druhé průzkumné otázky byl podrobně zjišťován průběh situace oznámení zamlklého potratu. K tomuto tématu byly vytvořeny následující podotázky:

- Kdo a jakým způsobem Vám oznámil, že s miminkem není něco v pořádku?
- Byla jste v tu chvíli sama nebo s partnerem?
- Jaké pocity a emoce u Vás v tomto okamžiku převládaly?
- Jak na Vás působilo prostředí, kde Vám byla diagnóza sdělována?

Celkem pět žen zjistilo ztrátu při běžné těhotenské kontrole, pouze jedna vyhledala lékařskou pomoc mimo kontrolu. Respondentka A uvedla: „*Dozvěděla jsem se to na kontrolním ultrazvuku v nemocnici, kde se zjišťovalo, v jakém stádiu je těhotenství. Momentálně jsem byla v 11. týdnu a bylo mi řečeno, že netluče srdíčko, nejsou průtoky a že zhruba od 9. týdne miminko nežije.*“ Podobně tomu bylo i u respondentky B, která se navíc setkala se špatným přístupem ze strany lékaře: „*U obou zamlklých potratů jsem se to dozvěděla na běžné gynekologické prohlídce. Poprvé mi tuto zprávu řekl pan primář snad tím nejhorším způsobem, jakým mohl. Podruhé pan doktor, který se mi to snažil říct citlivěji.*“ Osoby sdělující takovou zprávu by měly k ženě přistupovat co nejcitlivěji, způsob předání takové informace velkým dílem ovlivňuje následné prožívání celé situace. Respondentka C se také podělila o svou zkušenost: „*Dozvěděla jsem se tuto hroznou zprávu při prvotrimestrálním screeningu. Miminko odpovídalo týdnu 11+2, ale těhotenství týdnu 12+4.*“ U respondentky E došlo ke sdělení zprávy na třetí prohlídce: „*Gynekolog mi řekl, že by tam už měly být patrné ozvy, ale nejsou.*“ I respondentka F si tento okamžik pamatovala velice přesně: „*S partnerem jsme jeli na klasickou těhotenskou*

prohlídku, kde nám ale bohužel paní doktorka oznámila, že nevidí srdeční akci ani u jednoho plodu. Poté přišel další lékař, aby potvrdil toto tvrzení.“ Pouze v jednom případě jsme se setkaly se situací, kdy žena navštívila lékaře z důvodu komplikace. „Jednou v noci mě začalo bolet břicho a měla jsem z toho velmi zvláštní pocit, který ani nedokážu popsat. Sice jsem nekrvácela a bolest břicha nebyla nijak hrozná, ale pro jistotu jsme stejně jeli do nemocnice. Tam mě do ordinace pozvala paní doktorka, která konstatovala, že se miminko nevyvíjí a jedná se o zamlklý potrat“ popsala respondentka D.

Kromě jedné respondentky se všechny shodly na tvrzení, že je přítomnost partnera v této chvíli velmi důležitá. Bohužel ne každé to bylo umožněno. Pouze dvě respondentky měly přítomné partnery při sdělování diagnózy, zbývající čtyři zůstaly na smutnou zprávu samy. Respondentce C velmi pomohl partner v přijetí této smutné zprávy: *„Partner byl v čekárně, ale po chvílce ho pan doktor pozval dovnitř do ordinace. Přišlo mi to zvláštní, ale nevěnovala jsem tomu moc pozornost, za chvíli jsem však ale věděla proč.“* Respondentka F také nebyla sama: *„Naštěstí byl partner celou dobu se mnou a držel mě za ruku, což pro mě hodně znamenalo.“* Ostatní respondentky neměly možnost s partnery být. Respondentka A přijela na kontrolní ultrazvuk sama autobusem. *„Partner byl v práci. Vůbec jsme totiž nepomysleli na to, že by se mohlo něco takového přihodit“* shrnula svou zkušenost respondentka B. Manžel respondentky D nebyl do ordinace vpuštěn díky pandemii COVID 19. Po otázce, zda si myslí, že by jí přítomnost manžela usnadnila situaci, odpověděla: *„Určitě ano, v tu chvíli by mi i podržení za ruku, objetí, pusa, prostě cokoliv moc pomohlo.“* Naopak s odlišným názorem jsme se setkaly u respondentky E: *„V ambulanci jsem byla bez partnera. Těžko říct, zda by mi pomohl. Myslím, že jsem takovou zprávu potřebovala vsříbat sama. Ke svému gynekologovi ale chodím opravdu dlouho. Provedl mě i těmi předchozími těhotenstvími, takže jsem se necítila úplně osamocená.“*

Pocity a emoce žen bezprostředně po ztrátě byly různorodé. Některá pociťovala větší bolet, některá menší, bez ohledu na to, kolikátý to byl její zamlklý potrat. Ve dvou případech byly emoce méně vyjádřeny. Respondentka B na otázku týkající se jejích pocitů odpověděla: *„Jelikož jsem již jednou prodělala spontánní potrat, kde emoce byly nejsilnější, při zamlklých těhotenstvích bych své pocity zhodnotila méně intenzivněji. Nevím, čím to bylo. Asi ten fakt, že už se mi to jednou stalo a věděla jsem, co to pravděpodobně bude obnášet.“* Podobnou výpověď jsem zaznamenala u respondentky E, která však zkušenost se zamlklým potratem měla poprvé: *„Přiznám se, že to pro mě velké překvapení nebylo, vnitřně jsem cítila nějaký problém už dříve. Ale samozřejmě to bylo nepříjemné, žádná maminka nechce takovou zprávu slyšet.“* U ostatních respondentek byly emoce intenzivnější. Respondentka A smutným hlasem pronesla: *„Nebyla*

jsem ničeho schopná. Sedla jsem si na lavičku a rozbřečela jsem se tam. Nesla jsem to opravdu těžce. Bylo to hrozné.“ U respondentky C prožívání z velké části ovlivňoval její věk: *„Čím víc přibývaly roky, tím hůře jsem to snášela. Postupně jsem cítila i vztek na sebe a ostatní.“* Další reakce vyplývala především z neinformovanosti o problematice zamlklého potratu. *„Výrok paní doktorky pro mě byl opravdu šok. Bohužel jsem zjistila až pozdě, že zamlklý potrat se stává opravdu často. Možná kdybych věděla, kolik žen si jím už prošlo asi bych byla o něco klidnější. Já vlastně ani nevěděla, co pojem zamlklý potrat představuje“* poznamenala respondentka D. Emoce respondentky F byly také silné a do popředí se dostávaly otázky viny a odpovědnosti: *„Nejprve jsem byla v šoku a neschopná cokoliv říct. Poté jsem hledala nějakou naději a doptávala se, zda tam opravdu není vidět tlukot srdíček. Nedokázala jsem vůbec tuto zprávu přijmout a snažila se ji popřít. Musela jsem si hodně odůvodňovat, že to nebyla moje chyba.“*

Prostředí, ve kterém byl respondentkám diagnostikován potrat, mělo ve většině případů značný podíl na prožívání situace. Dvě respondentky shrnuly svou zkušenost s atmosférou prostředí kladně. Pro respondentku C bylo významným pozitivem přítomnost známého lékaře. Respondentka E se zaměřovala více na vzhled okolí: *„Můj gynekolog pracuje na soukromé klinice, kde je to hezky vybavené a vymalované. Určitě se nejedná o depresivní nemocniční prostředí. Zde jsem se cítila bezpečně.“* S opačnými zkušenostmi se podělily respondentky A a B. *„Vybavuji si moment, kdy jsem odcházela a vedle mě u sesterny čekala spousta těhotných maminek na screening. Ony čekaly na radostnou zprávu, jak miminko roste, já čekala na termín kyretáže. To pro mě bylo hodně bolestivé“* popsala respondentka A. Negativním způsobem prožívala prostředí i zmíněná respondentka B: *„Gynekologická ambulance na mě působila hrozně lékařsky, sterilně a neosobně. Určitě to nebylo prostředí, kde bych takovou zprávu chtěla slyšet.“* Výjimku tvořily respondentky D a F, u kterých samotné prostředí nehrálo velkou roli a víceméně ho nevnímaly.

8.1.3 Průzkumná otázka 3

Tato průzkumná otázka zjišťovala, jakým způsobem byl zamlklý potrat ukončen. Podrobnější informace byly získávány pomocí těchto podotázek:

- Byla jste informována o možnostech dokončení zamlklého potratu?
- Měla jste možnost svou volbu dostatečně promyslet nebo se s někým poradit?
- Byla jste seznámena s možnými riziky, která mohla nastat?

Všechny ženy byly ochotné sdílet svou jedinečnou zkušenost s dokončením ztráty. Pouze u jedné respondentky došlo k dokončení potratu přirozenou cestou. Ostatní podstoupily chirurgický výkon, který byl první, ale i několikátou možností ukončení ztráty. Respondentka A podstoupila jediný výkon: „*Vzhledem k tomu, že mám Leidenskou mutaci, tak mi bylo řečeno, že potratová pilulka by pro mě znamenala velikou zátěž, a tudíž bylo rozhodnuto, že podstoupím kyretáž.*“ Nabídnuté jí tedy byly pouze dvě možnosti ukončení potratu. Podobně tomu bylo i u respondentky B, která také podstoupila kyretáž z důvodu jediné nabídnuté možnosti: „*U prvního zamklého potratu jsem se smutnou zprávou dozvěděla v pondělí a v nemocnici mě objednali na kyretáž až v pátek. To pro mě bylo opravdu nepříjemné. Nosila jsem v sobě mrtvé miminko 5 dnů. U druhého zamklého potratu proběhla diagnóza i kyretáž v ten samý den, protože jsem o to poprosila personál a chtěla jsem to mít co nejdříve za sebou. Myslím, že kdybych nic neřekla, opět mě nechají několik dnů čekat. V obou případech mě nikdo o žádné jiné možnosti dokončení ztráty neinformoval. Při druhém zamklém těhotenství jsem z internetu vyčetla, že se může na potrat vyčkávat nebo se ženě může dát potratová pilulka. Takové informace ale ze stran personálu nepřišly. S nedostatečnou informovaností se setkala i respondentka C, která absolvovala kyretáž: „Byla mi doporučena kyretáž dělohy, jelikož se jednalo o 12. týden gravidity. Podstoupila jsem tedy již posedmé tento výkon. Jiné možnosti mi však nabídnuty nebyly, ale byla bych za ně ráda. Mohla jsem své tělo ušetřit dalšímu chirurgickému zákroku, bohužel se tak nestalo.“ Pro respondentku D bylo dokončení ztráty velmi dlouhým procesem trvajícím půl roku. Podstoupila farmakologickou i chirurgickou metodu, nabídnutá jí však byla jen jedna chirurgická: „*Ihned po sdělení zprávy u gynekologa mi byla napsána žádanka na kyretáž dělohy. Na jiné alternativy provedení ukončení jsem se musela optat sama, jelikož gynekolog bral kyretáž jako samozřejmost. Nakonec jsme se dohodli na potratových vypuzovacích tabletkách, kterých jsem měla celkem 5, ale nebyly pro mě účinné. Poté jsem musela podstoupit zmíněný výkon, ale na následné kontrole mi řekli, že děloha opět není zcela vyčištěná. Dalším výkonem pro mě byla hysteroskopie, kde se také vyčištění nepovedlo. Nakonec jsem se rozhodla změnit nemocnici, kde se jim kyretáž podařila ihned. Úplné vyčištění se lékařům povedlo až na 9. pokus.*“ U respondentky E byl vyčkávací postup neúspěšný, farmakologické ukončení jí nabídnuto nebylo, tudíž prodělala kyretáž: „*Pan doktor mi řekl, že zkusíme počkat dva týdny a uvidíme, zda si s tím tělo neporadí samo. Pokud by nedošlo k vypuzení, ukončili bychom těhotenství kyretáží. Já jsem v tu chvíli ani nevěděla, co kyretáž je. Pan doktor mi ale vše vysvětlil, ale samozřejmě jsem si ještě dohledávala nějaké informace na internetu. Tam jsem zjistila, že existují potratové pilulky, ale tato možnost mi vůbec nabídnuta nebyla. Nakonec jsem tedy podstoupila kyretáž. Bylo hrozné celé dva týdny**

čekat, být stále těhotná, ale nosit v sobě něco mrtvého. Po kyretáži se mi hrozně ulevilo, konečně jsem mohla celou kapitolu uzavřít.“ Ve srovnání s ostatními ženami se respondentka E setkala s dostatečnou informovaností, avšak až od druhé lékařky. Respondentka zvolila přirozenou cestu dokončení potratu, která byla úspěšná: *„Ihned po sdělení diagnózy mi paní doktorka sdělila, že mě pošle na kyretáž. Po pár dnech jsem šla ale na kontrolu k jiné zastupující paní doktorce, která mě informovala o všech možnostech ukončení těhotenství. Předala mi spoustu rad, tipů, upozornění a volbu nechala na mě. Rozhodla jsem se pro vyčkávací postup. Spousta žen by si řekla, že nechce v sobě nosit něco mrtvého, ale já nic necítila. Kdyby nebylo ultrazvuku ani bych nevěděla, že je něco špatně. Při vyčkávání jsem pila hodně bylinných čajů, zaváděla tamponádu s kmínovým olejem, prováděla bylinnou napárku, jedla kořeněná jídla a více se hýbala. Po čtyřech týdnech ze mě nakonec obě miminka vyšla přirozenou cestou ve sprše. Celkově byla informovanost o možnostech ukončení potratu ze strany lékařů nedostatečná, v plném rozsahu proběhla pouze u jedné respondentky.*

Většina respondentek neměla ani dostatek času k promyšlení způsobu dokončení ztráty. Buď jim lékaři doporučili, co je pro ně nejlepší nebo je hned objednali na zákrok. Respondentka A navíc dodala: *„V okamžiku, kdy Vám oznámí úmrtí, opravdu nepřemýšlíte nad tím, jak se chcete svého vysněného dítěte zbavit a radši vše odsouhlasíte.“* Pouze respondentka F se setkala s přístupem, kdy ji nechali svou volbu dostatečně promyslet.

S riziky jednotlivých postupů byly seznámeny respondentky A, C a F. Respondentka B na otázku týkající se seznámení s komplikacemi zareagovala: *„Nebyla jsem informována o možných rizicích spojených s kyretáží. Samozřejmě mi dali podepsat informovaný souhlas, ale nikdo mi nic nevysvětlil ani se nezeptal, zda k tomu chci vědět něco více.“* S tímto výrokem se shodovala i respondentka D: *„Podepisovala jsem informované souhlasy, ale osobně mi lékaři řekli úplné minimum.“* Na tento okamžik si respondentka E nezpomínala a na otázku odpověděla: *„To se přiznám, že nevím. Já měla v tu chvíli myšlenky úplně jinde.“*

8.1.4 Průzkumná otázka 4

Podstatou čtvrté průzkumné otázky bylo zjistit, jaký byl postoj zdravotníků k respondentkám po zjištění diagnózy. Respondentky měly možnost popsat svou zkušenost pomocí následujících podotázek:

- Komunikoval s Vámi zdravotnický personál podle vašich představ?
- Byla Vám nabídnuta možnost rozloučení s miminkem a získání vzpomínkových předmětů?

- Byly Vám poskytnuty kontakty na odbornou či neobdobnou pomoc? Pokud ano, využila jste je? Pokud ne, vyhledala jste si informace sama?

Komunikaci personálu zhodnotily pozitivně celkem čtyři respondentky. Dvě respondentky byly spokojené s přístupem zdravotníků v plném rozsahu. Respondentka A popsala: „*Snažili se ke mně co nejcitlivěji přistupovat, neříkat nevhodné poznámky a opravdu mi tuto nelehkou situaci chtěli usnadnit. Personál byl úžasný v tomto směru.*“ S podobnou zkušeností se podělila i respondentka E: „*Na komunikaci zdravotníků si nemůžu stěžovat. Gynekolog mi smutnou zprávu sdělil citlivě, nebyl odtažitý, odpověděl na všechny mé dotazy a popsal, co vše bude následovat. Poté když jsem byla na kontrole u jiné lékařky, také ke mně byla vstřícná a empatická.*“ Další dvě respondentky ohodnotily přístup personálu také kladně, avšak s menšími nedostatky. Respondentce C byly sděleny ze stran zdravotníků špatné informace z genetického vyšetření. „*Telefonicky mi sdělili, že tam žádný problém nebyl. Po pár měsících jsem si však prolistovávala staré zprávy nemocnice a narazila jsem i na tu z genetiky. Psalo se v ní, že se jednalo o mužský karyotyp a měl vadu na chromozomu 18. Paní doktorka se mi omluvila stylem, že si neprojíždí každý výpis, protože by nedělala nic jiného.*“ Respondentka F ve svém hodnocení přístupu zdravotníků zahrнула nedostatečnou informovanost ohledně možností dokončení ztráty: „*Já jsem asi měla velké štěstí. Od obou lékařek se mi dostalo velké empatie, neměnila bych nic na jejich přístupu. Jediné, co se mi nelíbilo, tak to byl razantní medicínský přístup k řešení ukončení těhotenství u první paní doktorky.*“ Na druhé straně popsaly svou negativní zkušenost s personálem dvě respondentky. „*U prvního zamklého potratu jsem od pana primáře slyšela slova typu: Nejste první ani poslední, nebrečte mi tady, však se toho až tak moc nestalo. V tu chvíli jsem úplně strnula a nevěděla, jak reagovat. Vůbec se nedokázal vcítit do mé situace. Při druhé ztrátě se pan doktor snažil pochopit mou situaci, ale velká empatie z něj také nevyzařovala. Určitě na mě nebyl zlý, ale bral to jako hotovou věc*“ popsala respondentka B. Podobná slova slyšela i respondentka D, která navíc byla součástí několika nepříjemných situací: „*Paní doktorka, která mi sdělovala poprvé tuto diagnózu byla citlivá a empatická. U svého gynekologa při druhém potvrzení zamklého potratu se mi takové empatie nedostalo. Hrozně dlouho projížděl sondou na břicho a po pár minutách si pro sebe řekl, že to nemá cenu. Následně mi sdělil, že netluče srdíčko, ale že jsem ještě mladá, že můžu mít děti spoustu. Jiný pan doktor telefonoval u toho, když mě vaginálně vyšetřoval. Při jednom vyšetření poslali do ordinace studenta, který na mě koukal, jak slézám z gynekologického křesla a teče ze mě krev. Nikdo se mě nezeptal, jestli souhlasím s jeho přítomností. Takže ve většině případů přístup personálu nebyl dobrý.*“

Možnost rozloučení s miminkem a získání vzpomínkových předmětů byla nabídnuta pouze jedné ženě, respondentce A. Ta však tuto nabídku odmítla slovy: „*Věřím, že nějakým ženám by tato nabídka moc pomohla, ale já bych to své miminko pak viděla do konce života a nedostala bych ho z hlavy. Nechtěla jsem ho vidět. Velmi silné emoce jsem zažívala například u svého umírajícího dědečka a vím, že kdybych ho takto neviděla, udělám lépe.*“ Ostatním pěti respondentkám nic takového nabídnuto nebylo, přitom čtyři z nich by tuto možnost rádi využily. Dvě respondentky zažily stejné pocity. „*Cítila jsem ze strany personálu, že pro ně to vlastně ani miminko nebylo*“ popsala respondentka B. Stejně tak i respondentka D, která se s miminkem rozloučila sepsáním příběhu do svého deníku: „*Myslím, že to lékaři brali, jako něco malého, s čím se člověk nepotřebuje loučit.*“ Respondentka E si na památku nechala dvě fotky z ultrazvuku. Se svými dvojčátky se rozloučila i respondentka F v rodinném kruhu: „*Tím, že jsem měla obě miminka v rukou, nedokázala jsem si představit, že bych je jen vyhodila nebo spláchla do toalety. Uskutečnili jsme pro ně pohřeb, večer jsme zapálili svíčku, partner se pomodlil a rituál byl uzavřený.*“ Pouze respondentka C by možnost rozloučení nevyužila, pokud by jí byla nabídnuta: „*Já bych o to ani nestála, pokud by bylo miminko starší, tak ano, ale v mé situaci to nebylo zapotřebí. Každý to prožívá jinak. S přítelem jsme se s miminkem rozloučili sami a v tichosti.*“

Pouze ve dvou případech byly respondentkám poskytnuty kontakty na vyhledání pomoci. Respondentka A byla za tuto nabídku vděčná a využila ji: „*Personál mi přímo nabídl, zda chci, aby za mnou přišel psycholog. Řekla jsem jim, že si to rozmyslím a druhý den jsem tuto pomoc využila. Začaly se mi totiž hlavou honit hrozné myšlenky, že si klidně i něco udělám, abych tu nemusela být. V tu chvíli jsem si řekla dost, potřebuji pomoc. Přišla za mnou velice milá paní psychologička, vyslechla mě a popovídala si o tom se mnou.*“ Respondentce E byla také tato možnost nabídnuta, ale nepotřebovala ji. Přidala se do různých podpůrných skupin na sociálních sítích. Členkami podpůrných skupin se staly i zbývající čtyři respondentky, kterým možnost pomoci ze stran zdravotníků nebyla nabídnuta vůbec. Odbornou pomoc samy nevyhledaly, pomáhalo jim sdílet svůj příběh s ostatními. Respondentka C navíc dodala: „*Mohla jsem sdílet svůj příběh se ženami, které si prošly stejným osudem. To pro mě bylo mnohem přínosnější než si povídat s cizím člověkem.*“

8.1.5 Průzkumná otázka 5

Cílem této průzkumné otázky bylo dozvědět se, jakým způsobem se respondentky po zamlklém potratu se situací vyrovnávaly. Dosaženo toho bylo stanovením následujících podotázek:

- Co Vám nejvíce pomohlo v tomto těžkém období?
- Co Vám naopak nepomohlo či ještě více ublížilo?
- Jak na ztrátu miminka reagoval partner?
- Napadly Vás někdy myšlenky na to, proč se ztráta přihodila zrovna Vám?
- Myslíte si, že byly naplněny Vaše potřeby v období šestinedělí?

Respondentkám nejvíce pomáhalo komunikovat nebo zaměstnat se nějakou aktivitou. Respondentka A uvedla: *„Potřebovala jsem o tom mluvit a vybrečet se. I jak jsem svůj příběh sdílela s psychologem nebo teď sdílím s Vámi, moc mi to pomáhá. Nejvíce mi ale pomohlo zaměstnat hlavu nějakou činností, koupila jsem si šicí stroj a učila se šít. Také mi určitě dodávala sílu myšlenka, že už doma jednu zdravou holčičku mám.“* S tímto výrokem se ztotožňovala i respondentka B, která o tom potřebovala neustále mluvit: *„Ztratila jsem i spoustu kamarádek díky tomu, že jsem opravdu urputně potřebovala hovořit o tom, co se mi stalo. Chtěla jsem se z toho vypovídat, ale ne všichni mi naslouchali. Po prvním zamlklém potratu jsem porodila zdravou dceru, tudíž jsem se soustředila na nové těhotenství, a to mi také moc pomohlo. Také jsem začala pracovat pro charitu.“* Pro respondentku C byla velkou terapií práce: *„Nemocenská dovolená mi byla nabídnuta, ale odmítla jsem, nechtěla jsem se trápit doma.“* Respondentka D se svěřila, že jí nejvíce pomohlo ze sebe vypustit negativní emoce: *„S manželem jsme si doma poplakali. Také jsme si pořídili dvě koťátka, která nás zaměstnala v pozitivním slova smyslu.“* Respondentkám, které porodily zdravé dítě ještě před potratem, usnadňovala situaci myšlenka, že už doma alespoň jednoho potomka mají. Výjimku netvořila ani respondentka E: *„Velkým odreagováním pro mě byli mí dva synové, kteří mi nedali moc prostoru truchlit. Za to jsem moc ráda. Nezabývala jsem se tak otázkami, co jsem udělala špatně a že si to nezasloužím.“* Pro respondentku F byl velkou oporou partner: *„Sdílená bolest je menší bolest. Pokud jsem se cítila smutná, mohla jsem kdykoliv dojít za partnerem a on tu pro mě byl. Hrozně mi také pomohlo uvědomění, že nepotřebuji nikoho z této situace vinit. Je to hold život, který může mít různé výkyvy a rozhodně neberu tuto situaci jako životní tragédii. Odjela jsem také na nějakou dobu do lázní, kde jsem měla čas přemýšlet a odpočinout si.“*

Při dotazu, co ženám nepomáhalo v této situaci, se výpovědi respondentek velmi shodovaly, stejně tak jako u předchozí podotázky. Nejvíce respondentkám ublížovaly nevhodné věty typu: *„Jsi mladá, ono se to ještě povede,“* *„Mrzí mě to,“* *„Lepší teď, než později,“* *„Ještě že to bylo takhle na začátku,“* *„Však si uděláš nové miminko,“* *„Mělo to tak být.“* Respondentka A se

však svěřila se specifickou a odlišnou výpovědí: „*Snažili jsme se dceři vysvětlit celou situaci, že miminko bylo nemocné a v bříšku už není. Avšak tříleté dítě to nedokáže pochopit úplně. Pořád se chodila mazlit s bříškem, kde už miminko nebylo. To pro mě bylo něco hrozného.*“ Respondentku D také mrzelo to, že okolí se zajímalo jen o ní, nikdo se neptal, jak se cítí její manžel. Respondentce E ubližovalo i plačtivé chování okolí: „*Rozhodně jsem neměla problém o tom mluvit, ale nechtěla jsem, aby mě někdo litoval.*“ Naopak s respondentkou F o tom lidé ani mluvit nechtěli: „*Řekli mi, že jim je to líto, že si uděláme s přítelem další miminko a tím konverzace na toto téma skončila. Spousta lidí si myslí, že když se o tom nebude mluvit, nebude to bolet. Opak je ale pravdou. Chyběly mi věty typu: Kdyby sis o tom chtěla promluvit, jsem tu pro tebe.*“

Celkem čtyři respondentky uvedly, že jejich partner prožíval ztrátu jiným způsobem než ony. „*Například můj manžel se o tom nechtěl bavit*“ zareagovala respondentka A. Respondentka B o svém partnerovi řekla: „*On se s tím vyrovnal mnohem rychleji.*“ Respondentka C a její přítel o problému také nemluvili: „*Přítel se rozbrečel ještě více jak já. Ale bylo to takové nárazové. On je ten typ člověka, co řeší takové situace radši sám se sebou.* Partner respondentky E o tom také nepotřeboval tolik mluvit. I přes rozdílné truchlení byl však potrat velmi smutným obdobím pro všechny partnery respondentek.

Všech šest respondentek se zabývalo otázkou, proč se ztráta přihodila zrovna jim. Respondentka A se nejvíce trápila problémem několikátého potratu: „*Při prvním zamlklém těhotenství jsem si podvědomě říkala, že se to prostě stává a že nejsem jediná, ale při druhém už jsem opravdu nechápala, že zrovna my musíme mít takovou smůlu.*“ Respondentka B se začala srovnávat s kamarádkami, což nebyla vhodná strategie: „*Nejhorší pro mě byly těhotné kamarádky, které na svět přiváděly zdravé děti. Začala jsem k nim i postupem času cítit nenávisť. Trápila jsem se otázkami, proč jim to jde a mě ne?*“ K žádnému rozumnému závěru nedospěly ani respondentky C a D. „*S partnerem spolu máme dva syny a napadaly nás myšlenky na to, že to třeba byla holčička a příroda pro nás chtěla jen kluky*“ snažila se najít racionální odpověď i respondentka E. Respondentka F se také podělila o své myšlenky: „*Mozek si chce po takové situaci rychle najít odůvodnění a obranu. Spousta žen si takové situace vyčítá, ale to můj případ není.*“

Převážná část respondentek uvedla jako svou největší potřebu mít se komu svěřit. Celkem čtyři ženy zhodnotily své potřeby v šestinedělí jako naplněné, u zbývajících dvou respondentek se objevily nedostatky. Pro respondentky A a B měla velký význam rodina. Respondentka A

zhodnotila i potřebu psychologické pomoci za velmi důležitou. Respondentce C pomohl návrat do zaměstnání. Potřeby respondentky E byly uspokojeny trávením času s jejími dvěma syny. Ve srovnání s tím, respondentky D a F uvedly své potřeby jako nenaplněné. Hlavním problémem pro ně byl brzký návrat do zaměstnání. „*V nemocnici vám dají papír, že máte být pár dní doma, ale poté byste už měla jít do práce. Tenhle systém podle mého názoru není úplně správný. Šestinedělí by mělo být o odpočinku a je jedno, zda jste porodila nebo potratila. Moji kolegové byli ještě takoví, že se mě neustále ptali, kdy teda bude další dítě, a to mi hodně vadilo*“ zareagovala respondentka D. S tím se shodoval i výrok respondentky F: „*Musela jsem jít celkem brzy znovu do práce, i když jsem svému zaměstnavateli říkala, že se na to necítím. Na to nebyl brán ohled. Potřebovala jsem ale trošku delší čas k návratu do normálního života.*“ Z odpovědí je zřejmé, že potřeby žen byly individuální. Velký kontrast nastal u respondentky C, která uvedla jako svou potřebu návrat do zaměstnání, naopak respondentky D a F potřebovaly prostředí domova.

8.1.6 Průzkumná otázka 6

V poslední průzkumné otázce byl dán respondentkám prostor pro zhodnocení celé situace s odstupem času. Součástí byly tyto podotázky:

- Jaké emoce u Vás nyní převládají při vzpomínce na ztrátu?
- Změnil se nějakým způsobem Váš postoj k těhotenství po překonaném zamlklém potratu?
- Co byste doporučila porodním asistentkám, které pečují o ženy při ztrátě dítěte?

Většina respondentek je nyní se ztrátou smířená. Respondentka B popsala: „*Myslím, že už jsem se z celé situace vzpamatovala a nyní se soustředím hlavně na práci a dceru. Nechci se tím už zaobírat, ale rozhodně nemám problém se o takovýchto věcech bavit.*“ Respondentka C podobně zareagovala: „*Myslím, že už jsem s celou situací vyrovnaná. Ale samozřejmě u mě stále převládá smutek kdykoliv si na ni vzpomenu.*“ Respondentce D výrazně pomohla v procesu vyrovnávání dcera, která se narodila pár měsíců po potratu: „*Ted' se věnuji dcerce a jsem za ní moc vděčná. Miminko se ale mělo narodit na Vánoce, takže vždy o svátcích na něj myslím*“ Respondentka F je s celou situací také vyrovnaná a bere ji jako dobrou zkušenost do života: „*Nechci celou situaci příliš dramatizovat, nejsem první ani poslední, komu se taková věc stala. Je to prostě něco, co se událo v mém životě.*“ Naopak z rozhovorů s respondentkami A a E bylo zjevné, že situace je pro ně stále bolestivá. U respondentky A mohly být negativní emoce vyvolány uplynutím krátké doby od diagnózy zamlklého potratu, u respondentky E přetrvávajícím zármutkem ze zamlklého potratu po dvou bezproblémových těhotenstvích. „*Nyní*

o tom již zvládám mluvit, aniž bych začala brečet, před pár měsíci by mi ještě tekly slzy proudem. Na sto procent s tím ještě vyrovnaná nejsem, to asi nebudu nikdy, ale vždy budu myslet na to, že v nebi mám dva andělky“ svěřila se respondentka A. Smutným hlasem vypověděla i respondentka E: *„Sice k úmrtí došlo opravdu brzy a bylo to ještě miniaturní stvoření, ale mohlo tu teď s námi být. Kluci mohli mít menšího brášku nebo sestřičku, ale bohužel si musí vystačit sami.“*

Po překonaném zamlklém potratu se určitým způsobem postoj k těhotenství změnil u všech respondentek. Respondentka A má nyní obrovskou úctu a pokoru k těhotenství: *„Těhotenství už neberu jako samozřejmost, pokud žena otěhotní i nechtěně, měla by si toho vážit. Jsem zásadně proti potratům, těhotenství je velký dar.“* S touto odpovědí se shodla i s respondentkou B: *„Kdysi jsem byla zastáncem potratů, nyní už nejsem. Pokud by má dcera přišla v 16 letech těhotná, tak ji jedinečně podpořím, protože vím, že těhotenství je dar. Myslím, že jsem i spouště ženám kolem sebe otevřela oči v tom, že těhotenství opravdu není samozřejmost.“* U respondentek C a E se dostávají do popředí obavy a strach. *„Mám mnohem větší strach, že těhotenství špatně dopadne. Ale snažím se být pozitivní, koukat na kočárky, oblečky a těhotenství si užívat. Ale asi to už nikdy nebude bez strachu a pochybností.“* Podobně odpověděla i respondentka E: *„Mnohem více bych se v dalším těhotenství strachovala a bála se každé prohlídky. S každou nepatrnou bolestí břicha nebo kapkou krve na vložce bych ihned jela do nemocnice, ať mě zkontrolují.“* U respondentky D se postoj k těhotenství také změnil, ale jiným způsobem: *„Nyní více přemýšlím o tom, jaké informace sděluji lidem.“* Respondentka F popsala: *„Nechci si strach a obavy přenášet do dalšího těhotenství, takže se tomu snažím vědomě vyhnout. Ale samozřejmě mě napadají myšlenky, zda tělo připravuji pro své budoucí miminko správně a zda pro to opravdu dělám všechno. Postoj se tedy úplně nezměnil, rozhodně nedělám nějaká opatření. Jen je v hlavě určitě více nejistoty a otazníků.“*

Respondentky se ohledně doporučení pro porodní asistentky velmi shodovaly. Nejvíce opakovanými byly osobnostní rysy, které by podle nich každá porodní asistentka měla mít, patřily mezi ně hlavně empatie a chápavost. Dle respondentek by neměly porodní asistentky používat nevhodné věty typu: *„Přijde další miminko.“* Respondentka A uvedla: *„Vždy by se měly ženy zeptat, co by jí nejvíce pomohlo. Rozhodně by neměly situaci zlehčovat a pokoušet se o nějaké vtípné řeči, to v tu chvíli není vůbec na místě.“* Respondentky se také shodly na tom, že je velmi důležité chápat každou ženu individuálně a snažit se jí porozumět. *„Je důležité nechat ženám prostor k pláči a jiným emocím. Měly by také dostatečně informovat“* dodala respondentka B. Informovat by však neměla jen porodní asistentka ženy, ale stěžejní je

dostatečná informovanost mezi personálem. „*Porodní asistentka by neměla přijít a zeptat se ženy po potratu: Jak se máte maminko?*“ uvedla respondentka D. Je pro ni také nepřijatelné, umísťovat ženy po porodu a potratu na stejný pokoj. Stejně tak i dle respondentky C je podstatný celkový přístup porodních asistentek k ženám po potratu. Respondentka E uvedla, že ženám po zamlklém potratu nepomůže lítost. S tímto tvrzením se shodovala i respondentka F, podle které je zapotřebí soucit od srdce: „*Být tam pro ženu, klidně jen sedět a mlčet, ale nenechat jí samotnou. Třeba se jí i zeptat, zda nechce stisknout ruku nebo obejmout. Snažit se na ženu napojit a pochopit ji. Být porodní asistentkou je náročné povolání a vyžaduje ohromnou trpělivost.*“

8.2 Program Atlas.ti

Ke zpracování získaných dat byla také využita platforma Atlas.ti verze 23.1.1. Tento softwarový program umožňuje kvalitativní analýzu obsahu včetně textu, grafiky, zvuku a videa. K jednotlivým označeným úryvkům se připisují kódy, jež jsou zásadním krokem ke sledování průběhu analýzy. Uživatelé svá data organizují, upravují jejich podobu a ve výsledku tak svůj výzkum obohatí o zajímavá schémata (Friese, 2014, s. 56-60).

V bakalářské práci bylo využito tohoto programu ke grafickému znázornění oblastí rozhovoru, úzce souvisejících s důležitostmi poskytnutí podpory ženě po zamlklém potratu. Vytvořená síť zobrazuje autentické výpovědi respondentek shrnující jejich negativní zkušenosti. Záměrem bylo především nastínit hlavní oblasti, ve kterých je třeba zlepšit celkovou péči. Výroky respondentek by měly vést k zamyšlení, zda je opravdu tak složité ženám po ztrátě vybudovat bezpečné prostředí s pochopením, taktem a empatií.

9 DISKUZE

Cílem bakalářské práce a realizovaného průzkumu bylo zjistit, jaké jsou individuální potřeby žen po diagnóze zamlklého potratu a jaký je přístup zdravotníků k těmto ženám. Dílčím cílem bylo porozumět subjektivním pocitům žen po zamlklém potratu. Problematika tématu je velmi citlivá, proto byl průzkum proveden pomocí polostrukturovaných rozhovorů, které se zaměřovaly především na zkušenosti, pocity žen a prožívání celé situace. Diskuze zahrnuje souhrn výsledků průzkumného šetření a jejich porovnání s odbornou literaturou a studii podobného zaměření.

Průzkumná otázka č. 1: Jak probíhalo těhotenství v období před ztrátou?

Všechna těhotenství kromě jediného byla v mém průzkumu chtěná a plánovaná. Jen respondentka E otěhotnět neplánovala z důvodu nevhodného načasování. Pouze ve dvou případech bylo využito metod asistované reprodukce, ostatní těhotenství se zdařila přirozenou cestou. Doba snažení byla u každé respondentky individuální. Většina těhotenství probíhala fyziologicky, pouze ve dvou případech se objevily nespecifické symptomy. S komplikací se setkala respondentka C, u které se objevilo špinění. Podobné obtíže zaznamenala ve své práci Míková (2019, s. 62), která do svého průzkumného šetření zařadila 6 respondentek se zkušeností zamlklého potratu. U většiny žen se nedostavily žádné komplikace naznačující potrat, pouze u některých došlo ke slabému špinění. Avšak prvotní náznaky špinění byly ženami považovány jako obvyklá součást těhotenství. Stejně tomu bylo i u respondentky C tohoto průzkumu. Každé těhotenství bylo podpořeno partnerem nebo blízkým okolím. Co se týče informovanosti o příznacích potratu, dostatečné znalosti měly čtyři respondentky. Z rozhovorů bylo patrné, že více informované byly ty, které prošly zamlklým potratem vícekrát.

Průzkumná otázka č. 2: Jak jste se dozvěděla o tom, že se miminko nevyvíjí?

Respondentkám byl zamlklý potrat diagnostikován na běžné těhotenské prohlídce, pouze respondentce C mimo běžnou kontrolu. Dvě respondentky byly při sdělování zamlklého potratu s partnerem, ostatní samy. Přítomnost partnera však v této situaci zhodnotilo za velmi důležitou celkem pět žen, výjimku tvořila respondentka E, která potřebovala být na smutnou zprávu sama. Mezi nejčastější reakce, jež vypukly u respondentek bezprostředně po diagnóze patřily šok, popírání, hluboký zármutek, potřeba naděje, neschopnost uvěřit a vztek. Podobné emoční symptomy uvádí například zahraniční studie Aydin et al. (2019), která do svého výzkumu zařadila 10 žen po těhotenské ztrátě. Popírání, hněv, smlouvání, deprese a smíření jsou fáze smutku, které popisuje ve svém modelu i Elisabeth Kübler-Ross (2005). Podle ní lidé těmito

fázemi postupně nebo střídavě procházejí, pokud se dostanou do náročné životní situace jako je umírání, ztráta blízké osoby či podobná negativní událost. Respondentky B a E prožívaly celou situaci méně intenzivně.

Atmosféru prostředí při sdělování diagnózy vnímaly jako podstatnou součást celkem čtyři respondentky. U respondentek D a F prostředí nehrálo roli. Mezi pozitiva byla shledána přítomnost známého lékaře a hezký vzhled ambulance. Naproti tomu respondentka B uvedla prostředí ambulance jako neosobní a sterilní. Negativní zkušenost popsala i respondentka A, pro kterou byla nepříjemná přítomnost ostatních maminek u sesterny. Podobné zjištění popisuje zahraniční studie Meaney et al. (2017), která pracovala se vzorkem 16 respondentů. Studie probíhala v irské porodnici a zúčastnily se jí jak ženy s anamnézou jednoho a více potratů, tak i jejich partneři. Respondenti v tomto výzkumu uvedli, že veškeré negativní zkušenosti souvisely s fyzickým uspořádáním nemocnice. Po diagnóze potratu byla většina respondentek odvedena do čekárny obklopené těhotnými ženami. To bylo považováno za jeden z nejtěžších aspektů potratu. Respondentky nedokázaly vyjádřit emoce související s jejich ztrátou, protože nechtěly znepokojovat ostatní těhotné ženy. Jejich smutek byl také prohlubován poslechem fetálních monitorů zaznamenávající slyšitelný tlukot srdce nebo rozhovory mezi personálem.

Průzkumná otázka 3: Jakým způsobem byl zamlklý potrat ukončen?

U pěti respondentek byl potrat dokončen chirurgickým výkonem, pouze u jedné došlo k potratu přirozenou cestou. Z výpovědí bylo zřejmé, že tento nepoměr byl výsledkem nedostatečné informovanosti ze strany zdravotníků ohledně možností dokončení ztráty. U nedostatečně informovaných žen byl potrat ukončen kyretáží, pouze u jedné informované došlo ke spontánnímu dokončení potratu. Stejná zjištění uvádí i práce Vaňkové (2022, s. 73), která do svého průzkumu zařadila 12 žen po těhotenské ztrátě v I. trimestru. Celkem 5 respondentek, které nebyly informované o možnostech dokončení potratu, podstoupilo kyretáž. Ostatních 7 informovaných žen zvolilo přirozený průběh potratu. Avšak většina obeznámených respondentek nezískala informace pouze od lékařů, velké procento žen čerpalo i z jiných pramenů.

S možnými riziky jednotlivých způsobů dokončení ztráty již bylo seznámeno větší procento respondentek. Z rozhovorů vyplynulo, že nedostatečně informovaným ženám byl dán k podpisu informovaný souhlas, ale k osobnímu rozhovoru s lékařem nedošlo. Navíc pouze jedné respondentce byl ponechán dostatek času na promyšlení ukončení zamlklého potratu. Většina žen byla ihned objednaná k chirurgickému zákroku. Tento postoj není správný, protože ve

chvíli oznámení zamlklého potratu by rozhodně neměla být po ženě vyžadována informace, jak si přeje embryo nebo plod vypudit.

Průzkumná otázka 4: Jaký byl postoj zdravotníků k Vám po zjištění diagnózy?

S komunikací personálu byly spokojené celkem čtyři respondentky, které zmínily jako pozitiva citlivý přístup personálu, absenci nevhodných poznámek a dostatek informací. Naopak respondentka B se setkala s opravdu neempatickým oznámením zamlklého potratu a respondentka D byla součástí několika nepříjemných situací. Míková (2019, s. 104-105) ve své práci podobně uvádí, že kladně ohodnocena byla lidskost a empatický přístup zdravotníků. Naopak záporného hodnocení bylo dosaženo díky nedostatku informací ze stran personálu a necitlivému chování. S tímto hodnocením se shodují výroky respondentek v tomto průzkumu. Podobných závěrů dosáhla i zahraniční studie Bellhouse et al. (2019) zmiňující nedostatek soucitu, uznání a podpory ze stran zdravotníků. Tento výzkum probíhal v Austrálii a zúčastnilo se ho 15 žen, které prožily potrat nejméně před třemi měsíci, ale ne více než před deseti lety. Většina žen hodnotila svou zkušenost s poskytovateli zdravotní péče během potratu spíše negativně a na všechny ženy měl tento prožitek negativní dopad. Vyjádřily především svůj zvýšený strach a obavy z přístupu zdravotníků při následujících kontrolách.

Možnost rozloučení a získání vzpomínkových předmětů bylo nabídnuta pouze jedné ženě, avšak této příležitosti by využilo více respondentek. Stejně tak nabídka odborné či laické pomoci přišla ze stran zdravotníků pouze u dvou respondentek, využitá ale byla v jednom případě. Ženy po zamlklém potratu měly potřebu svůj příběh sdílet s někým, komu se stalo něco podobného, a ne s někým cizím. Staly se členkami různých podpůrných skupin, kde se mohly otevřít a svěřit se svými zkušenostmi. Potřebu sdílení hodnotí za velmi důležitou i Borůvková (2012, s. 128), jejíž výzkumný soubor tvořilo 13 žen se zkušeností perinatální ztráty. Respondentky cíleně hledaly osoby, kterým se podobná situace stala. Být v kontaktu s někým, kdo prožil ztrátu stejně jako ony, pro ně znamenalo naději, podporu a velké povzbuzení.

Průzkumná otázka 5: Jak jste se se ztrátou vyrovnávala?

Respondentkám nejvíce pomáhalo komunikovat, zaměstnat se aktivitou a ubírat své myšlenky jiným směrem. Většinou také usnadňovala situaci myšlenka, že už doma mají zdravého potomka. Naopak negativně zhodnotily přístup okolí. Většina respondentek se setkala s nevhodnými otázkami. Také s nimi lidé o potratu nechtěli hovořit nebo projevovali přehnanou lítost. Tyto výsledky korespondují se studií Bellhouse et al. (2018), ve které ženy přiznaly, že jejich přátelé a rodina se obvykle snažili být oporou, ale nebyli si jisti, jak se chovat nebo co říci. Mnoho žen

to přičítalo obrovské neinformovanosti kolem potratu, jelikož je to téma, o kterém se na veřejnosti jen zřídka mluví, navzdory četnosti, s jakou k němu dochází. Avšak ženy potřebují, aby byla ztráta jejich blízkými považována za plnohodnotnou a nebude bagatelizována, jak uvádí tato studie.

V období šestinedělí byla pro respondentky důležitá přítomnost osob, kterým se mohly svěřit a sdílet s nimi ztrátu. Velkou podporou pro ně byl partner, který ve většině případů prožíval ztrátu jiným způsobem. Téměř všechny ženy hovořily o tom, jak na potrat reagovaly jinak než jejich partneři. Někteří muži zaujali spíše podpůrnou roli, ve které se otevřeně nevyjadřovali nebo nezbytně neprožívali stejnou úroveň smutku a ztráty, na což poukazuje studie Bellhouse et al. (2018). Rozdílnost v prožívání truchlení popsala i Takács a kol. (2015, s. 144), která uvádí, že k rozdílnému truchlení matek a otců dochází z důvodu navazování vztahu již v těhotenství. Matka má během těhotenství k dítěti silnější pouto, u otců dochází k prohloubení vztahu až po narození. Následkem toho může mnoho otců na potrat reagovat např. potlačováním emocí, uzavřením do sebe nebo únikem do povinností. Je velkým přínosem, pokud i oni mohou sdílet svůj příběh s ostatními muži, kteří zažili obdobnou událost.

Průzkumná otázka 6: Jak byste zhodnotila celou situaci s odstupem času?

Převážná část respondentek je s potratem v současné chvíli smířená a snaží se soustředit na aktuální situaci, u někoho dokonce vyvstává otázka dalšího početí. U všech respondentek však došlo k patrným změnám v postoji k dalšímu těhotenství. Objevuje se větší úcta a pokora k těhotenství, ale dostává se do popředí i strach a obavy. Toto zjištění potvrzuje například Ratislavová (2016, s. 144-147), která uvedla zvýšenou obezřetnost, potřebu častějších prohlídek a pochybnosti ve vlastní tělo jako změny, které mohou nastat v dalším těhotenství.

Co se týče doporučení pro porodní asistentky, odpovědi respondentek se zde velmi shodovaly. Za nejpodstatnější považují empatický přístup a chápavost. Porodní asistentka by neměla zlehčovat situaci, používat nevhodné výplňové věty, ale měla by chápat každou ženu individuálně a předávat smysluplné informace. Jak uvádí i ve své studii Bellhouse et al. (2019) je důležité vzhledem k významnému psychologickému dopadu potratu na ženy a četnosti, s jakou k němu dochází, důkladně porozumět tomu, jak ženy vnímají a zvládají celou situaci. Zdravotníci totiž ve většině případů hrají významnou roli při utváření prožitku potratu.

10 ZÁVĚR

Teoretická část práce byla věnována stručné charakteristice prenatálního vývoje a základním informacím o zamlklém potratu. Byla nastíněna etiologie a rizikové faktory zamlklého potratu, jeho diagnostika, metody dokončení a plánování nového těhotenství. Značná část práce se zabývala psychosociálním pojetím potratu. Dále byla shrnuta péče o ženu při zamlklém potratu, ve které nebyla opomenuta role porodní asistentky.

Cílem průzkumného šetření bylo pomocí kvalitativního výzkumu zjistit, jaké jsou individuální potřeby žen po diagnóze zamlklého potratu a jaký je přístup zdravotníků k těmto ženám. Dále charakterizovat zásadní problematiku zamlklého potratu, která spočívá v tabuizaci tématu. Pro lidi je smrt stále nepříjemným tématem rozhovoru, o čemž se přesvědčily i respondentky tohoto průzkumného šetření. Z průzkumu dále vyplynulo, že potřeby respondentek byly orientované především na partnery a rodinu. Ženy často opakovaly důležitost podpory od těchto osob. Co se týče přístupu personálu, převážná část respondentek byla s komunikací zdravotníků spokojená. Ukázalo se, že s necitlivými výroky se po sdělení diagnózy setkala menší procento žen. Avšak zásadní nedostatek spočíval v neinformovanosti ze stran zdravotníků ohledně dokončení ztráty, možností rozloučení či předání kontaktů na pomoc.

Pro všechny ženy průzkumu byl zamlklý potrat velkým zásahem do života a smutným obdobím, které ovlivnilo i jejich postoj k dalšímu těhotenství. Na základě těchto výsledků je zřejmé, že by mělo být ve společnosti tomuto tématu věnováno více pozornosti a ženám po ztrátě poskytována adekvátní péče s empatickým přístupem a dostatkem informací.

Bakalářská práce mě obohatila o mnoho nových poznatků, ale především o schopnost naslouchat ženám po ztrátě bez jakýchkoliv předsudků. Věřím, že těchto zkušeností využijí i ve svém budoucím životě a povolání. Zároveň ale doufám, že práce nebude přínosem pouze pro mě. Pro zdravotníky může být menším doporučením, v jakých oblastech mohou zlepšit svou péči. Prostřednictvím této bakalářské práce bych ale především chtěla dát ženám po zamlklém potratu naději, určité povzbuzení, že na svou ztrátu nikdy nejsou samy, není všem dnům konec a ať se v případě potřeby nebojí říct o pomoc. Jak totiž sdělila respondentka F: „*Sdílená bolest je menší bolest.*“

11 POUŽITÁ LITERATURA

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS, 2018. Early pregnancy loss. In: *acog.org* [online]. Washington: Practice bulletin, November 2018 [cit. 2023-02-17]. Dostupné z: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-bulletin/articles/2018/11/early-pregnancy-loss>

AYDIN, Ruveyde, Öznur KÖRÜKCÜ a Kamile KABUKCUOĞLU, 2019. Investigation of the Experiences of Mothers Living Through Prenatal Loss Incidents: A Qualitative Study. *The journal of nursing research* [online]. 27(3) [cit. 2023-01-30]. e22. Dostupné z: <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000289>

BALABÁNOVÁ, Sára a Eliška MLYNÁRIKOVÁ, 2021. Perinatální paliativní péče o vážně nemocné děti před a po narození. In: *Cesta domů* [online]. 2021 [cit. 2023-03-11]. Dostupné z: https://issuu.com/cestadomu/docs/cd_letak_dl_perinatalni_paliativni_pece_issuu?e=33024457/91119659

BELLHOUSE, Clare, Meredith J. TEMPLE-SMITH a Jade E. BILARDI, 2018. It's just one of those things people don't seem to talk about... women's experiences of social support following miscarriage: a qualitative study. *Bmc Women's Health* [online]. 18(1) [cit. 2023-01-31]. ISSN: 1290-5018. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12905-018-0672-3>

BELLHOUSE, Clare et al., 2019. The loss was traumatic... some healthcare providers added to that: Women's experiences of miscarriage. *Women birth: journal of the Australian College of Midwives* [online]. 32(2) [cit. 2023-01-31]. ISSN: 1871-5192. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.06.006>

BINDER, Tomáš, 2015. *Porodnictví*. Praha: Karolinum. 298 s. ISBN 978-80-246-1907-1.

BORŮVKOVÁ, Klára, 2012. *Psychosociální intervence u žen s perinatální ztrátou*. Praha. Diplomová práce. Univerzita Karlova, Fakulta filozofická. Vedoucí práce PhDr. Simona Horáková Hoskovcová, Ph.D.

ČESKO, 2017. Zákon č. 193/2017 Sb., kterým se mění zákon č. 256/2001 Sb., o pohřbívání a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony. [cit. 2023-03-01]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 71, s. 1994-2015. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/start.aspx>

DOKA, Kenneth J. *Grief is a journey: finding your path through loss*. New York: Atria Books, 2016. 304 s. ISBN 978-1-4767-7148-9.

DUGAS, Carla a Valori. H. SLANE, 2022. Miscarriage. In: *StatPearls* [online]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. 2022 Jan. [cit. 2023-02-17]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532992/>

FRIESE, Susanne, 2014. *Qualitative Data Analysis with ATLAS.ti*, SAGE Publications Ltd, second edition. 296 s. ISBN 978-1446282045.

HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL, 2014. *Porodnictví. 3., zcela přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada. 580 s. ISBN 978-80-247-4529-9.

HRÁSKÁ, Martina a Ilona ŠPAŇHELOVÁ, 2020. Nejste sami: Průvodce rodičů po ztrátě dítěte. In: *Dlouhá cesta, z. s.* [online]. 2020 [cit. 2023-02-24]. Dostupné z: <https://www.dlauhacesta.cz/ke-stazeni>

JELÍNKOVÁ, Kateřina, 2021. *Když na začátku přichází konec: Průvodce při ztrátě miminka*. Perinatální hospic Dítě v srdci, z. s., Kostelec nad Orlicí. 36 s. ISBN 978-80-11-00802-4.

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.

KUYVENHOVEN, Rosalie, 2017. *How to grieve an invisible loss: 5 rituals for miscarriage*. United Kingdom [online] October 2017 [cit. 2023-03-05]. Dostupné z: <https://www.ritualstoday.co.uk/how-to-grieve-an-invisible-loss-5-rituals-for-miscarriage/>

KÜBLER-ROSS, Elisabeth a David KESSLER, 2005. *On grief and grieving: finding the meaning of grief through the five stages of loss*. New York: Scribner. 235 s. ISBN 978-0-7432-6628-4.

LEONDIRES, Mark P., 2023. A missed miscarriage can happen for a variety of reasons- here is what it is, the symptoms and the causes. In: *mother.ly* [online]. January 31, 2023 [cit. 2023-02-17]. Dostupné z: <https://www.mother.ly/getting-pregnant/miscarriage-loss/missed-miscarriage/>

MALÍNSKÝ, Jiří a Václav LICHNOVSKÝ, 2015. *Přehled embryologie člověka v obrazech*. 5. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 174 s. ISSN 1804-5936.

- MEANEY, Sarah et al., 2017. Experience of miscarriage: an interpretative phenomenological analysis. *BMJ Open* [online] 7(3) [cit. 2023-03-27]. e011382. Dostupné z: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011382>
- MIOVSKÝ, Michal, 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada. 332 s. ISBN 978-80-247-1362-5.
- MÍKOVÁ, Gabriela, 2019. *Vyrovňávání se s možnými následky spontánního potratu*. Praha. Diplomová práce. Univerzita Karlova, Fakulta filozofická. Vedoucí práce PhDr. Katarína Loneková, Ph.D.
- PAZDERA, Lenka, Marie DOUCHA a Markéta KRÁLOVCOVÁ, 2021. *Když zemře miminko. 2. doplněné a rozšířené vydání*. Nadační fond Klíček. 62 s. ISBN: 978-80-905881-4-1.
- PERINATÁLNÍ HOSPIC DÍTĚ V SRDCI, 2023. *Memoryboxy*. Perinatální hospic Dítě v srdci, z. s., Kostelec nad Orlicí [online]. 2023 [cit. 2023-03-05]. Dostupné z: <https://ditevsrdci.cz/cz/memoryboxy>
- PROCHÁZKA, Martin, 2020. *Porodní asistence*. Praha: Maxdorf. Jessenius. 788 s. ISBN 978-80-7345-618-4.
- RATISLAVOVÁ, Kateřina, 2016. *Perinatální paliativní péče: péče o ženu a její rodinu, rituály rozloučení, proces truchlení a vyrovňávání se se ztrátou*. Praha: Grada. Psyché (Grada). 200 s. ISBN 978-80-271-0121-4.
- ROZTOČIL, Aleš, 2011. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada Publishing. 528 s. ISBN 978-80-247-2832-2.
- ROZTOČIL, Aleš, 2017. *Moderní porodnictví. 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing. 656 s. ISBN 978-80-247-5753-7.
- SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol., 2017. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví. 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: GRADA Publishing. Sestra. 280 s. ISBN 978-80-271-0214-3.
- ŠPAŇHELOVÁ, Ilona, 2015. *Prázdná kolébka*. Praha: Portál. 144 s. ISBN 978-80-262-0942-3.
- TAKÁCS, Lea, SOBOTKOVÁ, Daniela a Lenka ŠULOVÁ, 2015. *Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-5127-6.

THE MISCARRIAGE ASSOCIATION, 2022. Your feelings after miscarriage. In: *miscarriageassociation.org* [online]. United Kingdom. November 2022 [cit. 2023-02-25]. Dostupné z: <https://www.miscarriageassociation.org.uk/wp-content/uploads/2016/10/Your-feelings-after-miscarriage-Nov-2022.pdf>

THE MISCARRIAGE ASSOCIATION, 2022. Management of miscarriage: your options. In: *miscarriageassociation.org* [online]. United Kingdom. November 2022 [cit. 2023-02-17]. Dostupné z: <https://www.miscarriageassociation.org.uk/wp-content/uploads/2016/10/Management-of-miscarriage-Nov-2022.pdf>

TSENG, Ying-Fen et al., 2018. The meaning of rituals after a stillbirth: A qualitative study of mothers with a stillborn baby. *J Clin Nurs* [online]. 27(5-6) [cit. 2023-03-05]. ISSN: 1134-1142. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/jocn.14142>

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR, 2022. *Statistická ročenka České republiky: Potraty 2021*. Praha 2. 189 s. ISSN: 1210-8642.

VAŇKOVÁ, Michaela, 2022. *Těhotenská ztráta v prvním trimestru očima žen*. Brno. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Ústav zdravotnických studií. Vedoucí práce PhDr. Radka Wilhelmová, Ph.D.

VITINGEROVÁ, Pavla, 2019. *Perinatální ztráta v kontextu přístupu zdravotnického a pečujícího personálu* [online]. Plzeň, 2019 [cit. 2023-02-24]. Dostupné z: <https://ratislavova.wordpress.com/perinatalni-ztrata/>

ZEMÁNKOVÁ, Kristina a Petra MICHALOVÁ, 2021. Komunikace s rodiči v situaci perinatální ztráty: Doporučení pro zdravotníky. In: *Unie porodních asistentek, z. s* [online]. 2021 [cit. 2023-03-11]. Dostupné z: https://www.perinatalniztrata.cz/wp-content/uploads/2021/04/karty_profesnich_opor.pdf

12 PŘÍLOHY

Příloha A – Otázky k rozhovoru	58
Příloha B – Výstup z programu Atlas.ti.....	59

Příloha A – Otázky k rozhovoru

1. Jak probíhalo těhotenství v období před ztrátou?

Plánovala jste otěhotnět?

Jakým způsobem a za jak dlouho se Vám podařilo otěhotnět?

Vyskytly se u Vás během těhotenství nějaké komplikace?

Měla jste podporu v partnerovi a okolí nebo tomu bylo naopak?

Věděla jste, které příznaky mohou být spojené s potratem?

2. Jak jste se dozvěděla o tom, že se miminko nevyvíjí?

Kdo a jakým způsobem Vám oznámil, že s miminkem není něco v pořádku?

Byla jste v tu chvíli sama nebo s partnerem?

Jaké pocity a emoce u Vás v tomto okamžiku převládaly?

Jak na Vás působilo prostředí, kde Vám byla diagnóza sdělována?

3. Jakým způsobem byl zamlklý potrat ukončen?

Byla jste informována o možnostech dokončení zamlklého potratu?

Měla jste možnost svou volbu dostatečně promyslet nebo se s někým poradit?

Byla jste seznámena s možnými riziky, která mohla nastat?

4. Jaký byl postoj zdravotníků k Vám po zjištění diagnózy?

Komunikoval s Vámi zdravotnický personál podle vašich představ?

Byla Vám nabídnuta možnost rozloučení s miminkem a získání vzpomínkových předmětů?

Byly Vám poskytnuty kontakty na odbornou či neodbornou pomoc? Pokud ano, využila jste je? Pokud ne, vyhledala jste si informace sama?

5. Jak jste se se ztrátou vyrovnávala?

Co Vám nejvíce pomohlo v tomto těžkém období?

Co Vám naopak nepomohlo či ještě více ublížilo?

Jak na ztrátu miminka reagoval partner nebo okolí?

Napadly Vás někdy myšlenky na to, proč se ztráta přihodila zrovna Vám?

Myslíte si, že byly naplněny Vaše potřeby v období šestinedělí?

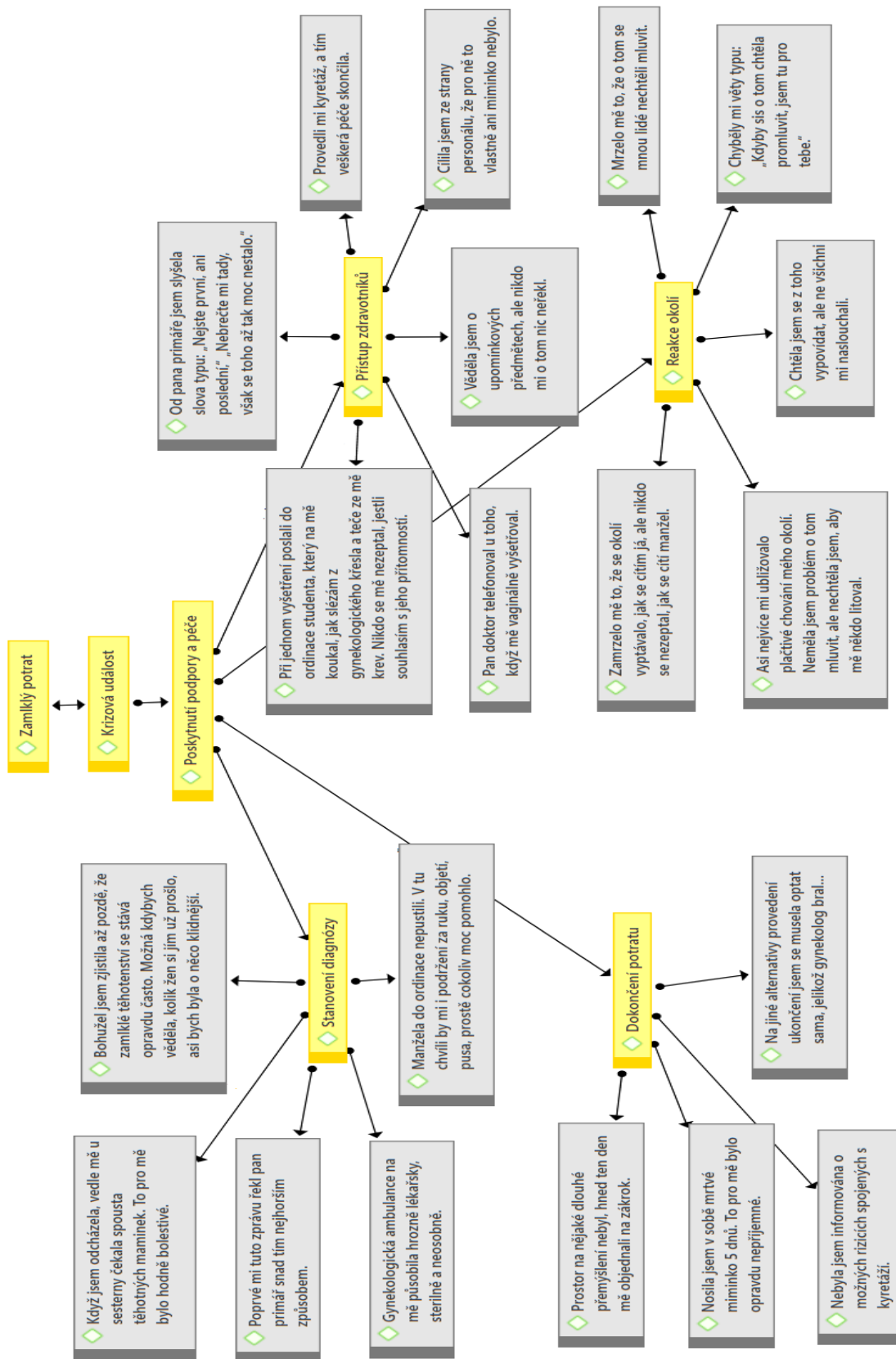
6. Jak byste zhodnotila celou situaci s odstupem času?

Jaké emoce u Vás nyní převládají při vzpomínce na ztrátu?

Změnil se nějakým způsobem Váš postoj k těhotenství po překonaném zamlklém potratu?

Co byste doporučila porodním asistentkám, které pečují o ženy při ztrátě dítěte?

Příloha B – Výstup z programu Atlas.ti



Obrázek 1- Výstup z programu Atlas.ti