

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Porodní asistence

Studijní obor: Porodní asistentka



Renata Mergešová

Dopad zvoleného managementu zamklého těhotenství (chirurgický vs. farmakologický přístup) na psychický stav pacientky

The impact of chosen management of missed abortion (surgical vs. pharmacological approach) on the patient's mental state

Typ závěrečné práce

Bakalářská

Vedoucí závěrečné práce/Školitel: MUDr. Adéla Richtárová

Praha, 2023

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 28.4.2023

RENATA MERGEŠOVÁ

Podpis

Identifikační záznam:

MERGEŠOVÁ, Renata. *Dopad zvoleného managementu zamklého těhotenství (chirurgický vs. farmakologický přístup) na psychický stav pacientky. [The impact of chosen management of missed abortion (surgical vs. pharmacological approach) on the patient's mental state]*. Praha, 2023, 67 s., 16 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. Lékařské fakulta, Gynekologicko-porodnická klinika 1.LF UK a VFN Praha. Vedoucí práce Richtárová, Adéla.

Poděkování:

Ráda bych poděkovala vedoucí mé bakalářské práce MUDr. Adéle Richtárové za poskytování cenných rad, odborných materiálů a pomoc při získávání respondentek pro výzkumnou část této práce. Dále bych ráda poděkovala lékařům a sestřičkám z všeobecné ambulance a oddělení G3 na Gynekologicko-porodnické klinice 1. LF UK a VFN v Praze, za pomoc při nabírání respondentek do dotazníkového šetření. V neposlední řadě bych ráda poděkovala své rodině, přátelům a všem, kteří mne v průběhu studia podporovali.

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá těhotenskou ztrátou v prvním trimestru, konkrétně zamlklým těhotenstvím. Cílem této práce je porovnat dopad zvoleného managementu zamlklého těhotenství (chirurgický vs. farmakologický přístup) na psychický stav pacientky. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část.

Teoretická část se věnuje definicím pojmů k tématu těhotenství, procesu oplození, změnám v organismu těhotné ženy, trvání délky těhotenství a poruchám jeho trvání. Následně se práce zabývá zamlklým těhotenstvím, jeho příčinami a možnostmi řešení. Poslední oddíl teoretické části je zaměřen na psychosociální intervence v průběhu potratu.

Praktická část práce je pojatá jako část výzkumná a k jejímu zpracování bylo využito dotazníkové šetření. Výzkum probíhal částečně na Gynekologicko-porodnické klinice 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze a to konkrétně na oddělení G3 a všeobecné gynekologické ambulanci. Druhá část respondentek byla k dotazníkovému šetření přivzata přes sociální síť. Cílem praktické práce bylo porovnat vliv zvolené metody managementu těhotenské ztráty (chirurgický vs. farmakologický přístup) na psychiku pacientek. Souhrnem získaných dat a interpretací výsledků výzkumu je kapitola diskuze.

Klíčová slova: zamlklé těhotenství, 1. trimestr, ECUI (instrumentální evakuace dutiny děložní), Misoprostol, psychický stav

ABSTRACT

The bachelor thesis deals with pregnancy loss in the first trimester, specifically missed abortion. The aim of this thesis is to compare the impact of the chosen management of missed abortion (surgical vs. pharmacological approach) on the patient's mental state. The thesis is divided into theoretical and practical parts.

The theoretical part is devoted to the definition of terms on the topic of pregnancy, the process of fertilization, changes in the organism of the pregnant woman, the duration of pregnancy and disorders of its duration. Subsequently, the thesis deals with missed abortion, its causes and possible solutions. The last section of the theoretical part focuses on psychosocial interventions during abortion.

The practical part of the thesis is conceived as a research part for which a questionnaire survey was used. The research was conducted partly at the Gynecology and Obstetrics Clinic of the 1st Medical Faculty of Charles University and the General University Hospital in Prague, specifically at the G3 department and the general gynecological outpatient clinic. The second part of the respondents was recruited for the questionnaire survey via social networks. The aim of the practical work was to compare the influence of the chosen method of management of pregnancy loss (pharmacological vs. surgical approach) on the psyche of patients. A summary of the data obtained and the interpretation of the research results is presented in the discussion chapter.

Key words: Missed abortion, 1st trimester, ECUI (evacuation cavi uteri instrumentalis), Misoprostol, mental state

OBSAH

| | |
|--|----|
| ÚVOD..... | 7 |
| 1. TĚHOTENSTVÍ..... | 8 |
| 1.1 Základy embryologie..... | 8 |
| 1.1.2 Proces oplození..... | 9 |
| 1.2 Fyziologické těhotenství..... | 10 |
| 1.2.1 Změny v organismu ženy..... | 10 |
| 1.2.1.1 Změny kardiovaskulárního systému..... | 11 |
| 1.2.1.2 Změny uropoetického systému..... | 11 |
| 1.2.1.3 Změny dýchacího systému..... | 11 |
| 1.2.1.4 Změny kožního systému..... | 11 |
| 1.2.1.5 Změny metabolismu..... | 11 |
| 1.2.1.6 Změny endokrinního systému..... | 12 |
| 1.3 Trvání těhotenství..... | 12 |
| 1.3.1 První trimestr..... | 12 |
| 1.3.2 Druhý trimestr..... | 13 |
| 1.3.3 Třetí trimestr..... | 15 |
| 1.4 Poruchy délky těhotenství..... | 16 |
| 2. ZAMLKLÝ POTRAT..... | 17 |
| 2.1 Nejčastější příčiny samovolného potratu..... | 17 |
| 2.1.1 Defekty plodového vejce..... | 17 |
| 2.1.2 Mateřské příčiny..... | 18 |
| 3. MOŽNOSTI ŘEŠENÍ ZAMLKLÉHO TĚHOTENSTVÍ..... | 19 |
| 3.1 Samovolné potracení plodového vejce..... | 19 |
| 3.2 Farmakologický přístup..... | 19 |
| 3.3 Chirurgická evakuace dutiny děložní..... | 21 |
| 3.4 Možnost provedení vakumexhausce pod lokální anestezií..... | 22 |
| 4. PSYCHOSOCIÁLNÍ INTERVENCE BĚHEM POTRATU..... | 23 |
| 4.1 Truchlení..... | 23 |
| 4.1.1 Rozdíly v prožívání truchlení u otce a matky..... | 25 |
| 4.1.2 Truchlení a jeho vliv na vztahy..... | 25 |
| 4.1.3 Vliv truchlení na starší sourozence..... | 26 |
| PRAKTICKÁ ČÁST..... | 27 |

| | |
|---|----|
| 5. VÝZKUMNÉ CÍLE A OTÁZKY..... | 27 |
| 5.1 CÍLE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE..... | 27 |
| 5.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY..... | 27 |
| 5.3 METODIKA VÝZKUMU..... | 28 |
| 5.3.1 Metodika sběru dat..... | 28 |
| 5.3.2 Zpracování dat..... | 28 |
| 5.3.3 Charakteristika výzkumného souboru..... | 28 |
| 6. VYHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ..... | 30 |
| 7. DISKUZE..... | 56 |
| 8. ZÁVĚR..... | 59 |
| SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY..... | 60 |
| SEZNAM GRAFŮ..... | 64 |
| SEZNAM PŘÍLOH..... | 66 |
| PŘÍLOHY..... | 67 |

ÚVOD

Zamlklé těhotenství je stále poměrně tabuizovaným tématem ve společnosti, přitom podle celosvětových statistik dochází v prvním trimestru těhotenství k samovolnému potratu u každé páté ženy. Tyto statistiky také uvádí, že konkrétně zamlklé těhotenství se týká 1% veškerých těhotenství (1). Jiný zdroj uvádí, že výskyt samovolných potratů se pohybuje v rozmezí 10-15%. (2) Hlavním tématem této práce je tedy problematika zamlklého těhotenství a jeho vliv na psychiku ženy v závislosti na zvolené metodě léčby.

Konkrétní příčina zamlklého těhotenství nebyla dosud plně objasněna. Máme k dispozici pouze rizikové faktory, které mohou sice zvyšovat pravděpodobnost vzniku tohoto stavu, ale nikoli ho předpovědět. Nemožnost zjistit příčinu potratu je jedním z prvků podepisujících se na psychickém stavu pacientky a s narůstajícím množstvím potratů, nabývá tato skutečnost na síle.

Cílem této práce je zhodnotit dopad zamlklého těhotenství na psychiku ženy a zjistit, zda má zvolená metoda managementu vliv na tento stav. Pro toto téma jsem se rozhodla také z důvodu, že není mnoho studií, kde by byl dopad těhotenské ztráty na psychický stav pacientky dáván do souvislosti se zvoleným typem léčby.

Použitá data k vypracování této práce byla získávána pomocí dotazníkového šetření, které probíhalo od prosince 2022 do dubna 2023 na Gynekologicko-porodnické klinice 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze a prostřednictvím webu survio.com. Z důvodu citlivosti tématu a nízkého počtu respondentek byl výzkum rozšířen a od 14.3.2023 do 10.4.2023 se přes odkaz na sociálních sítích do výzkumu mohly zapojit i ženy, které se se zamlklým těhotenstvím potýkaly v předchozích letech.

V teoretické části jsou uvedeny informace týkající se oplození, embryologie, těhotenství, trvání délky těhotenství a možných poruch tohoto trvání, zamlklého těhotenství a nejčastějších příčin samovolných potratů, možnosti řešení zamlklého těhotenství a v neposlední řadě psychosociální intervence v průběhu potratu.

Praktická část vychází ze získaných dat z dotazníkového šetření. Jsou zde analyticky vyhodnoceny jednotlivé anamnestické údaje, údaje o zamlklém těhotenství, volba metody léčby a v závěrečné části škálové otázky zabývající se dopadem těhotenské ztráty na psychiku ženy.

Psychická stránka zamlklého těhotenství je poměrně opomíjena, neklade se důraz na edukaci ohledně této problematiky a ženy se o ní mnohdy dozvídají až při vlastní zkušenosti. Psychologická pomoc ženám bývá nabízena až u potratů ve vyšších týdnech těhotenství, což je samozřejmě na místě, ovšem dle našich výsledků je zjevné, že mnohé by ocenily jisté intervence i při těhotenské ztrátě v prvním trimestru těhotenství. Neměli bychom zapomínat, že pro každou ženu, která si prochází tak náročnou situací, kterou zamlklé těhotenství nepochybně je, je tento stav ohromně náročný a s každou takovou bychom měli jednat s úctou, respektem a pochopením.

1. TĚHOTENSTVÍ

Jako těhotenství označujeme životní období ženy, které trvá od oplození, nebo přesněji nidace oplodněného vajíčka, po porod živého či mrtvého plodu, eventuálně v případě potratu, vypuzení či vynětí embrya z matčina těla. (3)

První z možností ukončení těhotenství je porod. Ten ovšem může skočit narozením živého či mrtvého dítěte. Pro narození živého novorozence uvádí v knize Porodnictví pan Prof. Bedřich Srp definici: „*Za narození živého dítěte se považuje úplné vypuzení nebo vynětí plodu z těla matčina, bez ohledu na délku trvání těhotenství, jestliže plod po narození dýchá nebo projevuje alespoň jednu ze známek života.*“ (3) Je tedy zřejmé, že pokud je u novorozence prokazatelná srdeční akce, pulzace pupečníku či pohyb kosterního svalstva, další parametry, jako je týden těhotenství, hmotnost dítěte či jeho délka nehrají žádnou roli. (3; 4)

Mrtvě narozené dítě je zde definováno jako: „*Plod narozený bez známek života, jehož hmotnost je 500g a více; nelze-li porodní hmotnost určit, pak narozený po 22. ukončeném týdnu těhotenství; jestliže nelze určit délku těhotenství, pak plod nejméně 25 cm dlouhý, a to od temene až k patě.*“ (3) Uvedené údaje jsou velice důležité, a to především pro odlišení situace, kdy se jedná o porod mrtvě rozeného dítěte, a kdy o abortus. (3; 4)

Potrat je zde definován jako: „*Situace, kdy plod po úplném vypuzení nebo vynětí z těla matčina neprojevuje ani jednu ze známek života a současně je jeho porodní hmotnosti nižší než 500g. Pokud porodní hmotnost nelze zjistit, chápe se jako potrat trvání těhotenství kratší než 22 týdnů.*“ (3)

1.1 Základy embryologie

Jakožto počátek těhotenství se považuje moment, kdy dochází k splynutí gamet, jinými slovy splynutí mužské a ženské pohlavní buňky. (5) Vývoj gamet začíná již ve čtvrtém týdnu embryonálního vývoje, kdy se v entodermální stěně žlutkového váčku diferencují tzv. gonocyty, neboli primordiální pohlavní buňky, které pak aktivně migrují do základu pohlavních žláz. Od této chvíle nastává série mitotických dělení a jejich další diferenciaci se odvíjí od přítomnosti SRY genu, který je indikátorem mužského pohlaví a vývoje varlat. Pokud indiferentní základ neobsahuje chromozom Y, ze základu gonád se následně vyvinou ovária. (5; 6)

Další vývoj probíhá při přípravě k oplození, kdy dochází k procesu gametogeneze (viz. níže) a citodiferenciaci, jež je procesem završujícím zrání gamet. (7)

V gonádách se gonocyty diferencují na stále ještě diploidní spermatogonie a oogonie, ze kterých následně vznikají haploidní gamety. K tomu dochází při procesu spermatogeneze u mužů (Obrázek 1) a oogeneze u žen (viz Obrázek 2), kdy se vlivem meiotického dělení redukuje počet chromozomů z diploidního počtu na haploidní. (5; 6; 8; 7)

1.1.2 Proces oplození

V období ovulace se z dominantního Graafova folikulu uvolní zralý oocyt, ten je zachycen fimbriemi vejcovodu a vejcovodem dále putuje směrem k děloze. Pokud v daném období dojde k nechráněnému pohlavnímu styku, tak díky kontrakcím hladké svaloviny a vlastnímu pohybu spermií, spermie doputují do ampuly vejcovodu, kde nejčastěji dochází k fertilizaci. Po střetnutí spermie a vajíčka dochází k narušení akrosomální stěny spermie a uvolnění enzymů. Ty rozvolňují obaly vajíčka a následně nastává akrosomální reakce, kdy se spojí povrchové membrány obou pohlavních buněk. Poté nastává kortikální reakce, neboli odloučení zony pelucidy od vajíčka, čímž se vytvoří fertilizační membrána, která zabrání možnosti vniknutí další spermie a tím i dalšímu oplození. Spermie již nejsou schopny se navázat na membránu oocyty a jádro oocyty v tuto chvíli dokončuje druhé meiotické dělení. (5; 7; 3)

Oplozené vajíčko má již diploidní počet chromozomů a od této chvíle se označuje jako zygota. Samotná fertilizace také určí pohlaví budoucího zárodka a to konkrétně typ spermie, který obsahuje buď pohlavní chromozom X, nebo Y. (3; 5; 8; 7)

Následně vajíčko prochází mnoha procesy, z nichž prvním je série mitotických dělení neboli rýhování. Při tomto procesu dochází k vytvoření útvaru o 16 dceřiných buňkách, který popisujeme jako morulu. Ta se do děložní dutiny dostává čtvrtý den po oplození za pomoci řasinkové výstelky a kontrakcí tuby, kde se připravuje na samotnou implantaci. (5; 8; 3; 7)

Dále proběhne proces blastogeneze, při kterém se blastocysta diferencuje na embryoblast a trofoblast. Ten se nadále dělí na cytotrofoblast a syncytiotrofoblast, jež působením proteolytických enzymů proniká do endometria. Jedenáctý den od oplození je proces implantace dokončen a navazuje na něj vývoj prvních zárodečných listů a nastává placentace. (8; 5; 6)

Při placentaci dochází k narušení mateřských cév a tvorbě tzv. lakun, které představují základy budoucí uteroplacentární cirkulace. Z cytotrofoblastu se vytváří primární choriové klky, které se postupně vyvíjí v sekundární a následně terciální a stávají se podkladem fetomaternální výměny. (5; 8)

V průběhu druhého týdne těhotenství také vzniká amniový váček, dále primární a následně sekundární žloutkový váček, jež tvoří embryonální terčík tvořený z ektodermu a entodermu. Třetí zárodečný list neboli sekundární mezoderm, se objevuje až na počátku třetího týdne. Na konci třetího týdne jsou již všechny tři zárodečné listy plně vyvinuty a z každého z nich vznikají jasně definované orgány a tkáně. Blastogenezi tedy datujeme do prvních tří týdnů vývoje zárodka a na ní navazuje proces embryogeneze, ve kterém dochází k vývoji všech tkání a orgánových soustav. Po ukončení procesu embryogeneze jsou již orgány plně vyvinuty a dosahují své finální podoby. (5; 8; 4)

Embryogeneze je ukončena 10. týden po oplodnění a následující vývoj plodu již nazýváme fetogenezí. (6; 5; 8)

1.2 Fyziologické těhotenství

Jako těhotenství označujeme období od nidace oplodněného vajíčka v dutině děložní až po vypuzení či vynětí dítěte z matčina těla. Aby toto těhotenství mohlo být nazýváno, jako fyziologické je nutné, aby splňovalo jistá kritéria. (4; 3)

Prvním z nich je trvání těhotenství, které by se mělo pohybovat okolo 280 dní, tedy 40 gestačních týdnů. Toto období, plus minus 2 týdny, je obdobím, kdy je plod již plně připraven na vlivy vnějšího prostředí a zároveň je placenta stále dostatečně funkční na to, aby nedocházelo k možnému poškození vlivem nedostatečné perfuze. K určení co nejpřesnější datace těhotenství se v prvním trimestru gravidity využívá ultrazvukové vyšetření. Jedná se o měření CRL, což je v překladu temeno-kostrční délka embrya. Existují i mnohé další možnosti zjištění přibližného termínu porodu, ty se ovšem ukazují jako méně přesné. (4; 3)

Patří sem například výpočet termínu porodu podle prvního dne poslední menstruace, výpočet podle termínu koncepce, výpočet podle prvních ženou vnímaných pohybů plodu, výpočet podle velikosti děložního fundu a výpočet podle gravidometrie. Z těchto metod je právě gravidometrie tou nejpřesnější. (3)

Další jev, který může ovlivnit termín „fyziologický“ jsou přidružená onemocnění matky, plodu či fetoplacentární jednotky. Podle závažnosti onemocnění a možnosti ovlivnění průběhu těhotenství se stanoví riziko, zda a do jaké míry je touto situací těhotenství ovlivňováno. S touto problematikou souvisí i například předchozí operace ženy a její gynekologická anamnéza. Je totiž známo, že například některé operace v břišní dutině či na pohlavních orgánech ženy včetně předchozích abortů, představují pro nynější těhotenství nezanedbatelné riziko. (4; 3) Rizikové faktory a přidružená onemocnění matky ohrožující průběh těhotenství budou podrobněji popsány v kapitole 2.1.2 a defekty plodového vejce a poruchy placentace v kapitole 2.1.1.

Celé těhotenství se také může jevit jako fyziologické a problém nastane až za porodu, kdy může dojít v souvislosti s děložními kontrakcemi k například poruchám naléhání plodu či rozvoje hypoxie plodu. Taková situace se poté řeší dle závažnosti a případných komplikací akutním císařským řezem či jiným operačním porodem (VEX, forceps). (3)

1.2.1 Změny v organismu ženy

Mateřský organismus se těhotenství přizpůsobuje pomocí růstu tkání, retencí tekutin ve tkáních, relaxací hladkého svalstva a všeobecným funkčním přizpůsobením. Tyto změny jsou zcela fyziologické a provázejí každé těhotenství. (4; 9; 3)

Reprodukční orgány ženy bývají značně překrvené, prosáklé a mění svou barvu. Co se týče mléčné žlázy, prsy se v průběhu těhotenství zvětšují, jsou napjaté a

především bradavky více citlivé na dotek. Na konci druhého trimestru se poté bradavky zvětšují a jsou více pigmentované. (4; 9; 3)

Vlivem progesteronu dále dochází k snížení peristaltiky a častějšímu výskytu obstrukce. Dále se díky sníženému tonu hladké svaloviny se mohou častěji tvořit žlučové kameny. (4; 3; 9)

1.2.1.1 Změny kardiovaskulárního systému

Stran kardiovaskulárního systému se fyziologických změn vyskytuje hned několik. Srdce je rostoucí dělohou postupně vytlačováno kraniálně, minutový srdeční výdej, objem i tepová frekvence se zvyšují. (3; 4; 10; 9) Srdce hypertrofuje a objem extracelulárních tekutin se zvyšuje. Jelikož zvětšení objemu plazmy je větší než nárůst objemu červených krvinek, dochází v důsledku diluční anémie k poklesu hemoglobinu a hematokritu. (10; 9) Ženám bývá často naordinována feroterapie, jež představuje orální užívání suplementů železa, pro zmírnění komplikací souvisejících s anémií. (11) Vlivem progesteronu mohou vznikat křečové žíly či hemoroidy, které navíc mohou být podpořeny tlakem těhotné dělohy na dolní dutou žílu. Proto se jakožto prevence doporučují například bandáže dolních končetin, které pomáhají zlepšit žilní návrat. (4)

1.2.1.2 Změny uropoetického systému

Další významné změny probíhají v uropoetickém systému. Jakožto následek poklesu systémové cévní rezistence, dle Somma – Pilay et al. až o 40%, dochází k renální vazodilataci a průtok krve ledvinami se zvyšuje o 40-65%. Je zde také uveden nárůst glomerulární filtrace o 50-85% oproti netěhotné ženě. (10) Hájek et al. ovšem uvádí nárůst glomerulární filtrace pouze o 60% a v této hladině se pohybuje do osmého měsíce gravidity, načež pozvolna klesá. (3) Nezanedbatelný je také vliv Progesteronu na hladkou svalovinu močových cest, kterou Progesteron relaxuje. Těhotné ženy mají proto oproti netěhotné populaci vyšší riziko pyelonefritidy vlivem ascendentní infekce. V prvním trimestru těhotné podstupují kultivační vyšetření moči a i zcela asymptomatická bakteriurie se léčí antibiotiky. (3; 4)

1.2.1.3 Změny dýchacího systému

Dýchací systém se mění z hlediska zvýšené spotřeby kyslíku o cca 20% a s rostoucí mírou snižující se pohyblivostí těhotné, žena přechází na prohloubené brániční dýchání. (3; 9) Zatím co dechová frekvence zůstává zachována, minutová ventilace se zvyšuje, a to až o 50% v důsledku čehož vzniká hyperventilace. (10)

1.2.1.4 Změny kožního systému

V kožním systému se vlivem estrogenu a progesteronu objevují viditelné změny v pigmentaci typických oblastí těla. Jedná se například o hyperpigmentaci v oblasti linea fusca, mateřská znaménka a pihy. Ty se zvyrazňují, prsní bradavky ztmavnou a v některých případech se mohou objevit i tzv. malasma. Nejčastěji se vyskytují na obličeji nebo rukou a jsou představovány hnědými skvrnami. (4; 3; 9)

1.2.1.5 Změny metabolismu

Hlavní změnu při metabolismu cukrů způsobuje hyperplazie beta-buněk pankreatu, jež vylučují větší množství inzulínu. V časném těhotenství se objevuje zvýšená citlivost na inzulín, po které následuje postupná inzulínová rezistence. Pokud má žena porušenou endokrinní funkci slinivky, která není schopna překonat inzulínovou rezistenci, dochází ke vzniku gestačního diabetu. (10) Na udržení homeostázy glukózy se podílí hormony, jako estrogen, inzulín a kortizol. (12)

Metabolismus tuků je ovlivněn především zvýšenou hladinou sérového cholesterolu, což vede ke sníženému katabolismu tukové tkáně. Dochází ke zvýšení hladin triglyceridů, jež zajišťují energetické potřeby matky, zatímco glukóza je šetřena pro potřeby vyvíjejícího se plodu. (10) Změny hormonů ve smyslu progesteronu, růstového hormonu a prolaktinu zvyšují těhotné chuť k jídlu a tím zajišťují zvýšené množství tělesného tuku. (12)

Hlavní změnou týkající se metabolismu bílkovin je jejich snížený katabolismus z důvodu využívání tukových zásob k zajištění energetického metabolismu. (10)

1.2.1.6 Změny endokrinního systému

Změn v endokrinním systému nalezneme hned několik. Vlivem zvýšené produkce globulinu v játrech dochází ve štítné žláze k zvýšení hladin tyroxinu a trijodtyroninu. Soma-Pillay et al. také uvádí zvětšení štítné žlázy o 25% u pacientek, které mají nedostatek jódu. Ovšem při zachování příjmu jódu, zůstává v těhotenství velikost štítné žlázy nezměněna. (10) Oproti tomu Hájek et al. uvádí zvětšení tyreoidy u všech těhotných až na dvojnásobek původní velikosti. (3) Nadledviny celkově způsobují stav fyziologického hyperkortizolismu. Tento stav se může projevit stoupajícím krevním tlakem, striemi, nebo poruchou glukózové tolerance. (10; 3) Celkové hodnoty kortizolu se na konci prvního trimestru zvyšují a ke konci těhotenství jsou třikrát vyšší než u netěhotné. (10) Poslední zde zmíněné změny v endokrinním systému jsou změny hypofýzy. Značně se zvyšuje sekrece prolaktinu, TSH, ACTH a MSH. (3) Oproti tomu hladiny FSH a LH jsou během těhotenství nedetekovatelné v důsledku negativní zpětné vazby z důvodu zvýšených hladin estrogeneru, progesteronu a inhibinu. (10)

1.3 Trvání těhotenství

Těhotenství je stav definovaný rozmezím od oplodnění vajíčka do porodu plodu. Toto rozmezí se může lišit v závislosti na stavu těhotenství, resp. zda se jedná o těhotenství fyziologické či patologické. (3; 4)

Délka těhotenství se mezinárodně určuje v ukončených týdnech a dnech a průměrná délka těhotenství byla stanovena na 40 ukončených týdnů, čili 10 lunárních měsíců. Toto období dále dělíme do tří částí tzv. trimestrů, kdy každý z nich je něčím specifický. (3; 4)

1.3.1 První trimestr

Za první trimestr je označováno období od oplodnění vajíčka po ukončený 12. týden těhotenství. V tomto období je ještě také možné těhotenství ukončit na přání těhotné. (13)

Nidace, jež se považuje za skutečný počátek těhotenství probíhá mezi 6.-12. dnem, dále probíhá tvorba zárodečných listů a dochází k celkové embryogenezi (viz. kapitola základy embryologie, proces oplození). Embryogeneze probíhá do 10. týdne a po jeho uplynutí již můžeme hovořit o plodu. (5; 6; 13)

V prvních týdnech se také objevují první příznaky těhotenství. Prvním příznakem je vynechání menstruace. Může se stát, že i přes probíhající těhotenství žena zašpiní či mírně zakrvácí. Příčinou je probíhající uhnízdňování vajíčka do děložní sliznice, při kterém dojde k narušení krevních vlásečnic, žena tento stav může mylně považovat za proběhlou menstruaci. Mezi další nespecifické příznaky patří: ospalost a celková únava, častější nucení na močení, nauzea a zvracení, pálení žáhy, nadměrná chuť nebo naopak averze k jídlu, změny na prsou psychická nestabilita a mnohé další. (13)

První trimestr je také období, kdy těhotná poprvé navštěvuje lékaře. Ten zaštiťuje komplexní vyšetření těhotné, odběry krve, cytologii, ultrazvukové vyšetření a screening vrozených vývojových vad plodu. (14)

Těhotenská vyšetření se rozdělují na pravidelná a nepravidelná. Mezi pravidelná vyšetření patří: „*sběr anamnestických údajů a určení míry rizika, zevní vyšetření těhotné, stanovení hmotnosti a krevního tlaku, chemické vyšetření moči proužkem (stanovení bílkoviny a cukru), podle zvážení lékaře bimanuální vaginální vyšetření se stanovením cervix-score, detekce známek vitality plodu.*” (14)

Mezi nepravidelná vyšetření se v prvním trimestru řadí několik vyšetření, která zaštiťuje pojem komplexní prenatalní vyšetření do 14. týdne těhotenství. Ženě je nabídnut kombinovaný screening, jenž představuje biochemické a ultrazvukové vyšetření. Jedná se o screening nejčastějších morfologických a chromozomálních vad plodu. (14; 4)

Laboratorní vyšetření představuje určení krevní skupiny, s ní spojený screening nepravidelných antierytrocytárních protilátek a stanovení krevního obrazu těhotné. Další součástí je sérologické vyšetření HBsAg, protilátek proti syphilis a vyšetření HIV. (14; 4)

Ultrazvukové vyšetření se zaměřuje na počet plodů, pokud se jedná o vícečetné těhotenství, tak také na chorionicitu a amnionicitu, vitalitu plodu/ů a biometrii, kdy je nejdůležitější rozměr CRL, neboli temenokostrční délka, jež je nejpřesnějším ukazatelem datace délky těhotenství. (15; 4)

Na konci prvního až na začátku druhého trimestru je také těhotná vystavena těhotenská průkazka, kterou by od této doby měla nosit neustále při sobě. (4)

1.3.2 Druhý trimestr

Druhý trimestr se vymezuje od ukončeného 12. do 28. týdne těhotenství. Toto období si žena z pravidla nejvíce užívá. (13) Částečně opadá strach z časně ztráty plodu, většinou odeznívají nevolnosti, ženě začíná růst těhotenské břicho, kdy děloha začíná přerůstat přes sponu směrem k hrotu hrudní kosti a na konci druhého trimestru dosahuje přibližně do úrovně jedné třetiny vzdálenosti mezi pupkem a processus xiphoideus. Ženám se znatelně zlepšuje pleť a začínají cítit první pohyby miminka. (13)

Dochází k změnám kožní pigmentace, zvýšeným chutím k jídlu, občas i velmi neobvyklým. Může se objevovat zvýšené pocení či poměrně často zácpa. (13; 3)

Zvětšující se a tíhnoucí děloha může sama o sobě způsobit další, ovšem zcela fyziologické, strasti jako jsou například bolesti v zádech, kdy jsou na zádové svaly a páteř vyvíjeny čím dál tím větší nároky. Děloha naléhající na močový měchýř také způsobuje častější potřebu močení. (13)

Přibývání na váze začíná s postupujícím těhotenstvím být patrnější a v průměru bývá kolem půl kilogramu týdně. V této fázi těhotenství může začínat představovat potíže i nalezení správné a pohodlné polohy pro spánek. (13) Vzhledem k anatomickému uspořádání struktur v dutině břišní a pánvi se doporučuje poloha na levém boku. Nejčastější komplikací nesprávně zvolené polohy je syndrom dolní duté žíly. Jedná se o sled příznaků, které následují při kompresi dolní duté žíly dělohou, čímž dochází ke snížení žilního návratu. Projevuje se tachykardií, nadměrným pocením, hypotenzí s tendencí k malátnosti, bolestí hlavy a až ztrátou vědomí, dušností s rozvojem hypoxie, závratěmi a chladnými končetinami. Právě v poloze na levém boku postupně rostoucí děloha nenaléhá na dolní dutou žílu a tato poloha by neměla způsobovat výše popsané komplikace. (16)

Co se týče dalších možných komplikací, kolem 6. měsíce se mohou vyskytovat mdloby a nevolnost, převážně spojované právě se syndromem dolní duté žíly, nebo snížením krevního cukru. V této fázi těhotenství se také poměrně běžně vyskytuje krvácení z nosu či dásní. (13)

Co se týče vyšetření ve druhém trimestru, opět se provádí vyšetření pravidelná viz. výše a nepravidelná. Mezi nepravidelná vyšetření v druhém trimestru patří ultrazvukové vyšetření plodu mezi 20.-22. týdnem těhotenství. Při tomto vyšetření se hodnotí počet plodů, jejich vitalita, biometrie, při které se vypočte EWF, což je odhadovaná hmotnost plodu. EWF se počítá na základě následujících parametrů, HC, neboli obvod hlavy, AC, neboli obvod břicha, FL, neboli délka femuru a BPD, neboli biparietální průměr. Dále se provádí hodnocení podrobné morfologie k vyloučení vývojových vad plodu, kontroluje se lokalizace placenty a množství plodové vody. (15)

Mezi 24.-28. týdnem se provádí tzv. oGTT, neboli orální glukózový toleranční test. (14) OGTT je součástí dvoufázového screeningu gestačního diabetu mellitu (GDM), jehož první fáze se provádí do 14. týdne těhotenství. Druhá fáze tohoto screeningu je indikovaná všem ženám s negativním výsledkem v první fázi screeningu, což je hladina glukózy v krvi

nalačno nižší než 5,1 mmol/l v prvním či opakovaném odběru. Pokud má těhotná dvakrát po sobě hladinu lačné glukózy v krvi vyšší než 5,1 mmol/l, tak oGTT nepodstupuje a je automaticky odeslána na diabetologii s diagnózou GDM. OGTT se provádí v ranních hodinách, přičemž žena minimálně osm hodin lační, poté vypije roztok 75 g glukózy rozpuštěné ve 300 ml vody během 3–5 minut. Následně se provede odběr krve v 60. a 120. minutě. Žena by v předchozích třech dnech měla dodržovat své obvyklé stravovací návyky a den před odběrem vynechat nadstandardní fyzickou námahu. Dále by žena také neměla před odběrem kouřit. (17)

1.3.3 Třetí trimestr

Třetí trimestr začíná 28. týdnem a končí porodem. Je to období, kdy se žena po všech stránkách již připravuje na porod. Tato příprava je jak psychická, tak fyzická.

Se stále rostoucí dělohou se zvyšují nároky na zádové svalstvo a páteř, proto si ženy v této fázi těhotenství nejčastěji stěžují právě na bolesti zad. Ženy se začínají cítit těžké, neohrabané a velmi rychle se unaví. Často bývají po krátké době zadýchané a je potřeba se již šetřit. (13)

Kolem 36. týdne těhotenství děloha dosahuje nejvýše, konkrétně až po processus xiphoideus hrudní kosti, což vysvětluje právě již zmíněné problémy s dýcháním. Od této doby ovšem z důvodu postupného vstupování hlavičky a její fixaci v pánvi, dochází mezi 36.-40. týdnem těhotenství k poklesu břicha v průměru o 4-6cm, což působí znatelnou úlevu při dýchání. (13) V této fázi těhotenství dochází k výraznějším Baxton-Hicksovým kontrakcím, při nichž dochází k tvrdnutí břicha. Pro ženu může být mnohdy náročné rozlišit, zda se stále ještě jedná o “poslíčky”, či se již jedná o počínající porod. (18) Metodou volby pro úlevu od bolesti může být změna polohy, teplá koupel nebo například relaxační cviky. Pokud ovšem bolesti neodezní, jejich intenzita připomíná menstruační bolest, frekvence je vyšší než 6 kontrakcí za hodinu, jsou sdružené s vaginálním výtokem či krvácením, je nutné vyhledat lékařskou pomoc. (18)

Na konci těhotenství také dochází k odchodu hlenové zátky. Tato hlenovitá struktura vyplňuje celý cervikální kanál a po dobu těhotenství brání vzestupu vaginální flóry do děložní dutiny. Její abnormality bývají spojovány s děložní infekcí a předčasným porodem. Fyziologicky její vypuzení nastává těsně před porodem. (19)

Nejčastější obtíže třetího trimestru jsou: časté nucení na močení, pálení žáhy, anémie z nedostatku železa či kyseliny listové. Pohyby dítěte již mohou být bolestivé a v kombinaci s objemným břichem se často vyskytují i poruchy spánku. (13)

Interakcí prováděnou ve třetím trimestru těhotenství je podání profylaxe RhD aloimunizace u RhD negativních žen. Tato profylaxe se provádí ve 28. týdnu těhotenství. (14; 20)

Ve 28.-32. týdnu se opět opakují laboratorní vyšetření. Jedná se o stanovení hladiny hemoglobinu, hematokritu, počtu trombocytů, leukocytů a erytrocytů. Opakuje se také sérologické vyšetření pro stanovení protilátek na syphilis. (14)

Ultrazvukové vyšetření ve 30.-32. týdnu se zaměřuje na počet plodů, jejich polohu, vitalitu, biometrii, opět s odhadem EWF, dále lokalizaci placenty a množství plodové vody. (15)

Ve 35.-37. týdnu těhotenství by žena měla podstoupit vaginorektální stěr pro detekci streptokoků skupiny B a v tomto období se také nabízí ultrazvukový screening růstové restrikce plodu. Žena by se v tuto dobu také optimálně měla zaevidovat do porodnice, kde má následně v plánu родit. (14)

Od 38. týdne může být ženám nabídnut tzv. Hamiltonův hmat, což představuje mechanické oddělení vaku blan od poševního vchodu. (14; 21) Následně od 40. týdne žena podstupuje na zvážení lékaře kardiokografický non-stres test a mezi týdny 41+0 - 42+0 jsou podnikány kroky k ukončení těhotenství. (14)

1.4 Poruchy délky těhotenství

Jakožto poruchy délky trvání těhotenství označujeme situace, kdy je těhotenství ukončenou buďto předčasně, nebo naopak opožděně. Mezi příklady předčasného ukončení řadíme potrat, předčasný porod, či ektopické těhotenství. Na druhé straně opožděné těhotenství představuje situaci, kdy těhotenství pokračuje po předpokládaném termínu porodu a může se jednat buď o prodloužené těhotenství, nebo pravé přenášení. (3)

Tato kapitola je zaměřena na předčasné ukončení těhotenství a to konkrétně na potrat. Ten lze rozdělit na nekomplikovaný a komplikovaný. Nekomplikovaný potrat má tři fáze, ve kterých je jej možné diagnostikovat. První fází je potrat hrozící, na něj navazuje potrat počínající, a jakožto poslední fáze je označován potrat úplný. (3) Hrozící potrat je jedinou z fází, kdy při klidovém režimu může dojít k úpravě stavu a následnému zdárnému pokračování těhotenství. (22) Počínající potrat je již natolik v běhu a vaginální hrdlo je natolik rozšířené a zkrácené, že již nelze potratu zabránit. Při úplném potratu je celé plodové vejce potraceno a dutina děložní je již prázdná. (3)

Druhou skupinou jsou potraty komplikované, kdy rozlišujeme potrat protrahovaný, neúplný, horečnatý a zamlklý. Protrahovaný potrat je charakterizován dlouhodobým, někdy až velmi nebezpečným, krvácením způsobeným nedostatečnými děložními kontrakcemi při částečně odloučeném plodovém vejci. Další komplikací v důsledku krvácení může být postupná anemizace ženy. K té dochází především při potratu neúplném, kdy je sice plod potracen, ale plodové obaly zůstávají v děložní dutině. Třetím ze skupiny komplikovaných potratů je potrat horečnatý. Ten můžeme dále rozdělit na potrat horečnatý nekomplikovaný a komplikovaný. Liší se v rozšířenosti infekce. Jako potrat horečnatý nekomplikovaný je označována situace, kdy se infekce vyskytuje pouze v plodovém vejci či jeho obalech. Pokud ovšem infekce přestoupí z plodového vejce i na okolní tkáň, jedná se již o potrat horečnatý komplikovaný, který může dospět až k endotoxickému šoku a může končit pro pacientku fatálně. Obecně se nejčastěji jedná o ascendentní infekci z pochvy či hrdla při neúplném potratu, jelikož zbytky plodového vejce velmi dobře fungují jakožto živná půda pro nejrůznější bakterie. (3)

2. ZAMKLKÝ POTRAT

Zamklé těhotenství je stav, kdy se embryo či plod samovolně přestane vyvíjet. Často probíhá bezpříznakově a žena nemusí pociťovat žádné změny. Diagnóza je stanovena při pravidelné prohlídce u gynekologa, kdy na ultrazvuku není možné nalézt srdeční akci plodu. Mezi prvními nespecifickými příznaky může být zvýšení teploty, únava a nechutenství. Zamklé těhotenství také může představovat stav, kdy žena začne po určité době amenorey z nenadání krvácet. K tomuto krvácení dochází z důvodu odumření, někdy i částečného, či plnému odloučení plodového vejce, které ovšem není dělohou vypuzeno. (3)

2.1 Nejčastější příčiny samovolného potratu

Mezi nejčastější příčiny samovolného potratu patří defekty plodového vejce a příčiny ze strany matky. (3)

2.1.1 Defekty plodového vejce

Defekty plodového vejce lze rozdělit na abnormality embryonální a na abnormality implantace. Příčinou až 40% potratů jsou právě abnormálně se vyvíjející plody, u nichž se mohou prokázat závažné vrozené vývojové vady, jako jsou genetické, strukturální a chromozomální odchylky, které nejsou slučitelné se životem. Z těchto 40% tvoří právě chromozomální aberace až v 60% příčinu spontánního potratu. K tomu dochází již v rané fázi těhotenství tzv. přirozenou selekcí. Nejčastěji se vyskytují monozomie, trizomie, triploidie a tetraploidie. Co se týče strukturálních defektů, jedná se například o polygenně determinované rozštěpy neurální trubice či mnohočetné malformace plodu. (3)

Abnormality implantace tvoří druhou skupinu defektů plodového vejce. Prof. Pařízek ve své knize *Kniha o těhotenství, porodu a dítěti* uvádí: „30 až 60 % oplozených vajíček zaniká pro poruchu dalšího vývoje blastocysty anebo pro poruchu implantace a je následně v termínu očekávané menstruace (nebo menstruace o něco opožděné) odplaveno s menstruační krví.“ (23; 13) K poruchám implantace dochází z mnoha příčin. Jedná se o příčiny genetické, anatomické, infekční, imunologické, hormonální, toxické či způsobené endometriózou. (24)

Samovolný potrat může také ovlivnit implantace při zavedeném nitroděložním tělísku, nebo může dojít k degeneraci choriové tkáně, jako je tomu například u moly. (3)

K poruchám implantace lze řadit i mimoděložní těhotenství. Jedná se o stav, kdy oplozené vajíčko niduje mimo děložní dutinu. Nejčastější lokalizace ektopického těhotenství se nachází v tubě vejcovodu. Ve vejcovodu se vajíčko uhnízdí buďto v části fimbriální, ampulární či istmické. Místo uhnízdění vajíčka určí přívrstev daného těhotenství. Dle místa nidace vajíčka mohou dále vznikat ektopická těhotenství ovariální, intersticiální, intraligamentózní, cervikální a abdominální. (25) (Obrázek 3)

Dále se sem řadí poruchy placentace. Jedná se o včestné lůžko, jež představuje: nízko nasedající lůžko, placenta praevia marginalis, placenta praevia partialis a placenta praevia centralis seu complete seu totalis (viz Obrázek 4). Poruchou placetace také

označujeme abnormální invazi trofoblastu, a to placentu accretu, incretu a percretu (viz Obrázek 5). (4; 3; 26)

Dalším rizikovým faktorem pro vznik spontánního potratu je vícečetné těhotenství. V začátcích těhotenství může dojít například k časně ztrátě jednoho z plodů, je zde častější výskyt vrozených vývojových vad, které se mohou týkat jednoho, či obou plodů a následné řešení podobných komplikací může zásadně ovlivnit budoucí vývoj těhotenství. (3)

2.1.2 Mateřské příčiny

U mateřských příčin potratu se můžeme setkat s hormonálními poruchami, malformacemi dělohy, záněty a nádory dělohy, myomy, dále se může jednat o interní onemocnění matky, případné infekce a nejrůznější otravy. Svou roli také mohou hrát imunologické faktory, trombofilie matky, inkompetence děložního hrdla a v neposlední řadě traumata. (3)

Stran onemocnění matky mohou spontánní potrat ovlivnit chronická onemocnění, včetně diabetu, celiakie a dalších autoimunitních stavů, a to zejména antifosfolipidový syndrom. (27) U pacientek s antifosfolipidovým syndromem může kombinovaná léčba nízkými dávkami aspirinu a profylaktickými dávkami LMWH (Low Molecular Weight Heparin, nízkomolekulárním heparinem) přinést lepší výsledky těhotenství. (28)

Neopomenutelný rizikový faktor tvoří trombofilie matky. Jedná se o hyperkoagulační aktivitu zapříčiněnou nepřítomností některého antitromboticky působícího faktoru. Takovéto ženy dostávají profylaktickou léčbu nízkomolekulárními hepariny po čas celého těhotenství. (3)

Imunologické faktory, konkrétně Rh- izoimunizace, kdy se objevují vysoké hodnoty anti-D mohou být příčinou potratů ve 2. trimestru těhotenství. (3)

Častými rizikovými faktory, jak již bylo zmíněno, jsou infekce. Může se jednat o vaginitidy, infekce HIV, cervicitidy, syphilis či malárii. (27) Příčinou mohou být také STD, jako např. mykoplasmata, ureaplasmata, GBS, chlamydie a další. (3)

Aby zde ovšem nebyla řeč jen o příčinách na straně ženy, svou roli zde může hrát i patologický spermioqram partnera. Bylo dokázáno, že „astenospermie, patologická morfologie či oligospermie mohou mít často vliv na výskyt časných, nebo zamlklých potratů. (3)

3. MOŽNOSTI ŘEŠENÍ ZAMLKLÉHO TĚHOTENSTVÍ

V případě řešení zamlklého těhotenství existuje hned několik možností, jak lze postupovat. Jsou ovšem úkony, které vykonáváme vždy, a nesmí být opomenuty.

Z nabízených možností se pacientka může vydat, buď cestou farmakologického řešení, nebo cestou operační. Operační přístup můžeme chronologicky rozdělit na: dilataci děložního hrdla, vakuumexhausci a následnou kyretáž. Dále je také možné za určitých podmínek, v nepřítomnosti komplikací, na přání ženy, vyčkávat samovolného potracení embrya či plodu.

Každá z těchto metod má své výhody a nevýhody a může se k nim přistoupit za odlišných podmínek. (29)

3.1 Samovolné potracení plodového vejce

Některé ženy preferují vyčkat na spontánní potracení plodového vejce a jeho obalů. Tato varianta je možná, pokud se nevyskytnou žádné další komplikace. Možnost volby tohoto řešení také závisí na týdnu těhotenství a ultrazvukovém nálezu. K spontánnímu abortu může dojít dny až týdny po diagnostice zamlklého těhotenství a bývá provázeno krvácením společně s odchodem zbytků embrya či plodu a plodových obalů. Toto krvácení trvá v průměru 2-3 týdny a intenzitu bolesti je možné přirovnat k silné menstruaci. V případech, kdy se jedná o zamlklé těhotenství v raném počátku, může dojít k jeho samovstřebání a takovýto potrat je poté provázen slabším krvácením. Pokud ovšem k potracení nedojde do tří týdnů po diagnostice, je dle textu miscarriage association pacientce nabídnuto jiné řešení a to buďto farmakologické, či chirurgické. (29; 27)

Po samovolném potratu je pacientka pozvána na kontrolní ultrazvuk, abychom se přesvědčili, že je děloha zcela prázdná. (29)

Pokud se žena rozhodne jít touto cestou, měla by být řádně edukována a dostatečně psychicky připravena na to, co vše může vidět. Potrat je sám o sobě psychicky velice náročná záležitost a ne každá žena je schopná ustát pohled na vypuzený plod. (29)

Tato varianta s sebou nese i jistá rizika jako je infekce, extrémně silné krvácení, nebo může docházet k zadržení části tkáně a s tím souvisejícím komplikacím. K nevýhodám této metody se může dále zařadit například nemožnost určit, kdy k potratu dojde, bolesti a krvácení s ním spojené, velká zátěž na psychiku, kterou s sebou potrat přináší, stavy mysli spojené s tím, že v sobě má žena mrtvý plod a další. (29)

Je zvláštní v souvislosti s potratem mluvit o výhodách, ale zvolení této metody může na některé ženy působit smiřujícím dojmem. Vše probíhá co nejvíce přirozeně, téměř bez zásahu lékaře. Žena má možnost vidět „své dítě“ a případně se řádně rozloučit. Může to pro ni být zásadní okamžik, kdy se dokáže se situací lépe vyrovnat. (29)

3.2 Farmakologický přístup

Tento přístup zahrnuje dvě možnosti podání, buďto sublinguální či vaginální podání tablet Misoprostolu, které mohou nastartovat, či urychlit průběh již probíhajícího potratu. (29) Misoprostol, jež představuje syntetický prostaglandin E₁, navozuje děložní kontrakce a napomáhá vypuzení děložního obsahu. (3) Pro sublinguální užití existuje postup, kdy žena nejprve užije 800mg ibuprofenu pro zmírnění intenzity křečí a vedlejších účinků Misoprostolu. O hodinu později žena umístí 4 pilulky (200mcg) Misoprostolu pod jazyk a nechá 30 minut působit. Po třiceti minutách, může žena zbytky pilulek zapít vodou a po třech hodinách opakuje dávku 4 pilulek Misoprostolu. Takto opakuje celkem třikrát, do celkové dávky 12 pilulek (200mcg) Misoprostolu (27) (viz Obrázek 6). (30) Pro vaginální podání se používá tablet Misoprostolu 800mcg, s opakovanou dávkou kdykoli od tří hodin do sedmi dnů po první dávce. (27)

Tato možnost ovšem není dostupná všem pacientkám a velmi záleží na jejich celkovém zdravotním stavu a přidružených chorobách. Tato metoda je například zcela kontraindikována pro ženy mající astma či anémii. Opatrnost je také na místě u pacientek s anamnézou výkonu na děloze. (29)

Tabletky mohou vyvolat pocit nevolnosti, způsobit průjem a symptomy podobné chřipce. U pacientek se také většinou objevují poměrně silné bolesti, proto by měla být každá seznámena s možnostmi jejího tišení v podobě analgetik. Žena by dále měla být seznámena s možnou silou krvácení, která bude znatelně větší, než například při menstruaci a zároveň vědět, kdy je krvácení příliš silné, a kdy by měla vyhledat lékařskou pomoc. (29)

Rizika této metody jsou podobná jako u samovolného potracení bez jakéhokoli zásahu medicíny. Je zde riziko infekce, které se vyskytuje u 1 – 4 žen ze sta, (29) dále silné krvácení, to se objevuje přibližně u každé padesáté a samozřejmě je tu i možnost, že metoda nezafunguje a k potracení nedojde. K tomu dochází přibližně v 10% případů a takové ženy jsou následně odkázány k chirurgickému řešení. (29)

Jakožto výhoda této metody je zajisté vyhnutí se operačnímu výkonu a s ním spojené anestezii. (29) Samotný zákrok na děloze může představovat riziko pro další těhotenství, jako je možnost uhnízdění těhotenství v jizvě, vyšší riziko ruptury dělohy, či patologické srůsty. (4) Některé ženy to také vnímají jako přírodnější cestu, a jelikož je každá žena jiná a tato situace velice psychicky náročná, chtějí si některé z nich situaci plně uvědomovat, vědět a vidět co se děje, případně i vidět těhotenskou tkáň, či dokonce plod. Tato skutečnost jim může znatelně ulehčit cestu za smířením se se situací a pomoci jim jí překonat. (29)

Bolest a silné krvácení mohou být pro ženu velmi nepříjemné a děsivé. Může být velice stresující a těžké odhadnout, kdy se jedná o běžné krvácení, a kdy je již na čase vyhledat pomoc. Toto krvácení může střídavě v různých intenzitách provázet celé šestinedělí, což je doba znatelně delší, než u menstruačního krvácení a i tento fakt může

být pro ženu značně frustrující. S postupujícím šestineděním by krvácení mělo mít slábnoucí tendenci, od výše zmíněného silného krvácení po serózní výtok. (29)

S odstupem 2-3 týdnů je potřeba absolvovat kontrolní ultrasonografické vyšetření ke kontrole stavu dutiny děložní a ke zjištění úspěšnosti farmakologické metody. V případě selhání metody se přistupuje k chirurgické evakuaci dutiny děložní. (29)

3.3 Chirurgická evakuace dutiny děložní

ECUI, neboli instrumentální evakuace dutiny děložní je operační zákrok v celkové anestezii sloužící k vyprázdnění dutiny děložní, v případě zamlklého těhotenství k odstranění plodového vejce a zbytků těhotenské tkáně. (31)

Zákrok začíná desinfekcí zevního genitálu a pochvy, vycévkováním a následnou dilatací děložního hrdla. K dilataci se používají Hegarovy dilatátory. Velikost dilatátoru a následně sací hadičky používané pro vakuumexhausci se dále odvíjí od týdne těhotenství. (32)

Po dilataci se zavede odsávací hadička pro odsátí odumřelé tkáně a za pomoci vakuumexhausce se vyčistí děložní dutina. Následně se dutina děložní reviduje tupou kyretou (viz Obrázek 7). Pokud je na operačním sále ultrazvuk, je možné rovnou ověřit, zda je dutina děložní již zcela prázdná. Tento zákrok trvá většinou několik minut. Z odumřelé tkáně se odebere vzorek, který se dále posílá na histopatologické vyšetření k rozhodnutí, zda se jedná o normální těhotenskou tkáň. Pokud ano, vzorek se dále nevyšetřuje. Další vyšetření vzorku se indikují například v případě opakovaného potrácení. (29; 31)

Po tomto výkonu by žena měla dodržovat šestinedělí a krvácení by mělo mít slábnoucí tendenci. Pokud tomu tak není, nebo naopak krvácení nabývá na intenzitě, je nutné se obrátit na specializovaného lékaře, ideálně na kliniku, kde zákrok probíhal. (29) JEP, Česká gynekologická a porodnická společnost ČLS uvádí plné vyhojení za 1-2 týdny po zákroku a po tuto dobu by žena měla také dbát zvýšené hygieně a dodržovat pohlavní abstinenci. (31) Oproti tomu web europeGYN toto období uvádí v rozmezí 2-3 týdnů. (32) Oba tyto zdroje se shodují v nástupu menstruace 4-6 týdnů po prodělaném výkonu. (31; 32)

Tento výkon má také svá specifická rizika. Jedním z nich je nedokonalé vyprázdnění dutiny děložní, které může vést k protrahovanému krvácení, nutnosti zopakování výkonu a také možnému rozvoji infekce. Dalším rizikem je možná perforace dělohy, kterou je nutno v rámci jedné anestezie ošetřit laparoskopicky a defekt dělohy zašít. Riziko je zde také stran anestezie, kdy mohou anestetika vyvolat alergickou reakci a v krajích případech dokonce smrt. (29) V situacích, kdy by došlo k nekontrolovatelnému krvácení z dělohy, které by nereagovalo na dostupné možnosti konzervativní terapie, může hrozit dokonce až hysterektomie. (29) Zejména pak v nutnosti opakování výkonu pro residua hrozí vznik pooperačních srůstů v dutině děložní, rozvoj amenorey a sekundární sterility, neboli Ashermanova syndromu. Proto, pokud pacientka již nekrváčí a residua jsou

asymptomatická, je lepší výkon provést hysteroskopicky a zbytky fetopalcentární tkáně odstranit pod kontrolou zraku. (31; 29)

Do skupiny pozitiv můžeme naopak zařadit situaci, kdy žena zná termín, kdy k potratu dojde a může se podle toho zařídit. Také ví, že po zákroku se pro ni tato kapitola uzavře, bude „hotovo“, což může některým pacientkám přinášet úlevu. S čímž souvisí i po této stránce výhoda celkové anestezie, kdy žena neví co se děje, neuvidí embryo/plod ani jeho zbytky, neucítí bolest při průchodu těhotenské tkáně děložním hrdlem ani bolest při jeho předchozí dilataci apod. Pro některé ženy může být tato nevědomost klíčovou pro vyrovnání se s proběhlým potratem. (29)

3.4 Možnost provedení vakumexhausce pod lokální anestezii

U nás se metoda lokální anestezie příliš nevyužívá, ovšem The Miscarriage Association uvádí tuto možnost jako jednu z nabízených metod managementu zamlklého těhotenství v některých zemích zahraničí. Probíhá podáním tablet či vaginálních pesarů před provedením zákroku, které způsobí změkčení děložního čípku. Společně s tím se podávají také analgetika pro úlevu od bolesti. Děložní čípek se dále před samotným výkonem ještě znecitliví lokálním anestetikem, buďto ve formě injekční, nebo ve formě gelu. Čípek se poté postupně rozšíří a dále celý proces probíhá obdobně, jako při celkové anestezii počínaje zavedením odsávací hadičky. Na konci výkonu je ženě nabídnuta další úleva od bolesti. (29)

Ve většině zařízení se po ECUI, ať už v celkové či lokální anestezii podávají ihned po výkonu Diclofenacové čípky proti bolesti, bez rozdílu volby metody. (29)

4. PSYCHOSOCIÁLNÍ INTERVENCE BĚHEM POTRATU

„Ztráta dítěte patří mezi nejnáročnější životní situace. Čím blíže k termínu porodu k ní dojde, tím hůře se s ní rodiče dítěte vyrovnávají.“ Tuto konstantu zmiňují v knize s názvem Psychologie v perinatální péči paní Mgr. Klára Borůvková, PhDr. Simona Hoskovcová a Mgr. Zuzana Hrušková. Tento nepříjemný prožitek zde popisují jakožto krizovou situaci se všemi aspekty a fázemi truchlení, rozdílly ve vnímání muže a ženy a zmiňují možné protektivní faktory. (33)

Jako nejnáročnější moment zde popisují období sdělení nepříznivé diagnózy. Kastová (34) pospala první okamžik ztráty jako moment, kdy je naše existence zcela pohlcena – žena i její partner prožívají otřes, který se dotýká samých základů jejich existence, hrouť se jejich dosavadní porozumění sobě sama i světu. (34; 33) Tyto momenty jsou tak silné, že dochází ke spuštění obranných mechanismů, které se snaží zabránit větším škodám způsobených na psychice páru. Jedním z mechanismů je například disociace, jež se nejčastěji projevuje v různém rozsahu amnézií. (33) Tzv. disociativní amnézie je v psychologickém slovníku dle MNK-10 definována jako ztráta paměti, částečná nebo úplná, která se vztahuje k traumatizující události a kterou nelze vysvětlit zapomnětlivostí nebo únavou, organickou mozkovou poruchou nebo intoxikací. Je zpravidla selektivní, rozsah se mění ze dne na den, je připojena bezradnost, či pocity tísně. (35) Poměrně často pak dochází k oproštění se od situace. Mnoho žen, které prošlo touto fází, uvádí pocit nezaujatosti touto situací, jako by nebyla skutečná. Takové ženy či jejich partneři nám mohou připadat lhostejní, špatně komunikující až bez emocí. Tyto projevy jsou pouze obrannou reakcí na vysokou míru stresu, kterou s sebou potrat přináší a pomáhají osobám zasaženým touto problematikou přečkat ranou fází ztráty. Toto vnímání však zabraňuje emočnímu kontaktu s traumatickou událostí a možnému začátku jejího zpracování. (33)

Jako nejčastější projevy u pacientek zaznamenáváme zmatenost, podrážděnost až vztek. Dále úzkosti, které mohou být spojeny s iracionálním útěkovým chováním, kdy je žena velice impulzivní a snaží se opustit zdravotnické zařízení ať už na základě změn chování, či v některých případech může hrát v různé míře roli dezorientace ať už časem nebo prostorem. Často se u pacientek setkáváme s pocitem viny. Ten může mít mnoho příčin, které lze rozdělit do několika kategorií. Svou roli zde hraje nespočet proměnných. Například zda bylo těhotenství plánované nebo neplánované, zda se jednalo o první těhotenství, zda má žena v anamnéze již proběhlý potrat či historii uměle ukončeného těhotenství, zda se žena pro toto těhotenství rozhodla až v pozdějším věku, například z důvodu upřednostňování kariéry, zda měla problémy s otěhotněním či například bylo toto těhotenství po IVF a podobně. (33; 36)

4.1 Truchlení

Truchlení je přirozený proces, který navazuje na prožitou ztrátu. Je ovšem pravdou, že u některých lidí k truchlení vůbec nedojde, nebo jej předčasně ukončí. To může být jeden z hlavních důvodů rozdílného vnímání prožitku nepříjemné situace. Truchlení bývá zpravidla nástrojem pro přijetí a smíření se s proběhlou ztrátou. Pokud je ovšem

truchlení předčasně ukončeno, či k němu vůbec nedojde, je tento proces považován za nezvládnutý a mohou se vyskytnout komplikace s tím spojené. (37) V takovém případě se může jednat například o: „*nezvladatelnou úzkost, neúnosné pocity viny a výčitky svědomí, stud v souvislosti s nízkým sebehodnocením a rozkolísanou osobní integritou a zkresení či omezení percepce skutečnosti.*“ (33) K tomu z pravidla dochází několik měsíců po potratu, jakožto projev dále nezvladatelného emočního vypětí. (33; 38)

Proces truchlení můžeme rozdělit do čtyř hlavních fází. První fází je fáze popření. Tato fáze většinou končí buďto proběhlým zákrokem, spontánně, či pod farmaky, proběhlým potratem, kdy žena vidí mrtvý plod, nebo pokud se jedná o plod již větší a rodina si přeje pohřeb, tak právě po proběhlém pohřbu. Bývá to tzv. „první srážka s realitou“, kdy si žena uvědomí, že k ztrátě skutečně došlo, není to omyl, je to skutečnost. Na tuto fázi velmi rychle navazuje fáze propukání chaotických emocí. Nejčastěji se objevuje úzkost, bolest, pocity viny ať už vůči sobě či se objevuje snaha svalit vinu na druhou osobu, hněv, neklid a poruchy spánku a mnoho dalších emocí. Třetí fází je fáze hledání, nacházení a odpoutávání. Žena se již oprostuje od iracionálního chování a prudkých změn nálad. Začíná se pomalu smiřovat se smrtí svého dítěte. Neustále na něj ovšem myslí a nadále jej nosí v srdci. V této fázi jsou naprosto běžné opakující-se sny o těhotenství a miminku. Žena hodně vzpomíná na příjemné pocity, které v těhotenství prožívala. Na toto období navazuje fáze nového vztahu k sobě sama a ke světu. Teprve tato fáze je fází plného smíření a přijetí ztráty. Žena přestává cítit bolest a leckdy začíná přemýšlet o dalším těhotenství. Až v této fázi mnohé ženy uvádí, „že znovu pocítily radost“ z představy těhotenství, ovšem tato radost bude od této zkušenosti vždy opředena strachem z možné ztráty a obav z opakovaného selhání těhotenství. Toto je samozřejmě jeden z důvodů proč takoveto ženy bývají v následujícím těhotenství více úzkostné a zdravotnický personál, by na to měl brát patřičné ohledy. (33; 37)

Jednou z nejčastějších chyb stran přístupu zdravotníků bývá jejich uměle navozený emoční odstup. Snažíce se co nejrychleji zvládnou a překonat nepříjemnou situaci jejím odosobněním a leckdy zlehčováním pomocí rádoby utěšujících frází o vidině dalšího, a tentokrát úspěšného, těhotenství. Tento přístup zdravotníkům naopak znemožňuje vyjádřit dostatečnou podporu truchlícím rodičům. Je naopak dobré, ukázat své emoce a snažit se být co možná nejempatičtější. S těmito situacemi souvisí doporučení ke školení zdravotníků v metodách krizové intervence. To může pomoci lépe chápat a přizpůsobit se potřebám truchlící rodiny a zároveň zdravotníka seznámit a připomenout mu možnosti psychohygieny, protože i on je touto skutečností do jisté míry zasažen. (33; 38; 39)

Důležitým faktorem pro ženu bývá dostatečná sociální podpora. Ta je ze začátku vyjadřována především rodinou a jejími nejbližšími, jimiž nejčastěji bývá partner/partnerka. Postupem času se ovšem tato podpora jeví jako nedostatečná a žena vyžaduje pomoc i širšího okolí (širší rodina, přátelé atd.). Jedním z důležitých článků bývá povětšinou matka ženy. (33; 37)

Jak uvádí Borůvková et al. ve své knize: „*Častým problémem bývá nedostatečná kapacita rodiny poskytnout matce dostatek prostoru pro truchlení; rodina mívá tendenci*

respektovat u ženy potřeby smutnění po mnohem kratší dobu, než to žena ve skutečnosti potřebuje.“ (33)

4.1.1 Rozdíly v prožívání truchlení u otce a matky

Ohledně rozdílného vnímání truchlení z pohledu otce a matky existuje hned několik zakořeněných předsudků, které mohou v případě špatného odhadu působit problémy v komunikaci s rodiči, případně nedostatečnou až nedbalou péčí ze strany zdravotnického personálu. Podle tohoto soudu žena většinou působí nadměrně emotivně až labilně, zatímco muž bývá vykreslen jako silná racionální opora, jež žal prožívá z pravidla méně intenzivně. Toto bývá zapříčiněno převážně abstraktnějším vnímáním plodu před narozením. (33)

Muž bývá často stavěn do role tzv. „prostředníka“, ať už mezi ženou a zdravotníky nebo co se týče sdělení informace zbytku rodiny a známým. Snaží se ženu ochránit před dalšími negativními prožitky, což ovšem může značně narušit její proces truchlení. Útěkem se pro něj často stává práce, povinnosti a úkoly, které dávají dočasně zapomenout či oddalují proces truchlení. Často také sebe sama staví do jedné z následujících čtyř rolí. První z nich je role silného muže. Snaží se být hlavně oporou, být statečný a nenechává se unášet emocemi. Druhá role je role tzv. muže ochránce. Ten se většinou cítí špatně, povětšinou právě z důvodu že nedokázal zachránit dítě. Často si to dává za vinu, tíží ho pocit selhání a neschopnost ochránit své blízké před smutkem ze ztráty. Třetí je role soběstačného muže. Takový muž není schopen či ochoten si ztrátu přiznat. Za žádných okolností si nechce připustit svůj kolaps a možnost, že by situaci nezvládal. Tato role může být poměrně sebedestruktivní, a pokud trvá nadměrně dlouho, může být zapotřebí intervence. Poslední uvedenou rolí je role muže - živitele. Takovýto muž se plně oddává práci. Stává se workoholikem a jeho záchytným lanem se stává finanční zabezpečení rodiny. Časem se však emoční zátěž projeví a problémy se začínají prohlubovat. Emoční zátěž ovlivní pracovní výkonnost muže, což může stupňovat pocity selhání, pocity selhání stupňují emocionální zátěž a zvyšují potřebu uniknout emocím pomocí práce a takto stále dokola. (37; 33)

4.1.2 Truchlení a jeho vliv na vztahy

Smrt dítěte ovlivní život prožívajícího páru po všech stránkách. Ať už se jedná o stránku psychickou, pracovní, sociální či rodinnou. Jednou ze zasažených složek jsou právě partnerské vztahy. Jak již bylo zmíněno výše, v prožívání situace mužem a ženou jsou jisté rozdíly. Není však pravidlem, že by byly role konkrétně rozděleny. Často se mohou partneři v emocích střídat a role se v průběhu času měnit. Neexistuje žádná tabulka ani návod, podle kterého by se dalo předpokládat následné chování. Člověk je bio-psycho-sociální holistická bytost a je třeba s ním podle toho jednat. (33; 37)

Co se týče vztahu páru, může tato situace a její společné prožívání pár posílit a více sblížit. Navzájem se prohlubuje jejich důvěra a posiluje emoční pouto. Naopak u párů, které měly problémy již dříve, a toto těhotenství byla jejich jediná naděje v lepší zítřky, často dochází k definitivnímu rozpadu vztahu. Může docházet k vzájemnému obviňování

či nepochopení jeden druhého, jakožto důsledek nedostatečné komunikace a sdílení svých pocitů. (33; 38)

Truchlení může také ovlivnit vztah rodičů se staršími sourozenci potraceného dítěte. (40)

4.1.3 Vliv truchlení na starší sourozence

Budeme-li se držet tématu této práce, jedná se o úmrtí dítěte v prvním trimestru. V takovém případě je možné, že starší sourozenec zatím těhotenství nevnímá, neví o něm a tím pádem i proces truchlení se ho dotýká pouze okrajově. Dítě v takovéto situaci neprožívá sice smutek ze ztráty sourozence, ale i tak na něj dopadají jeho negativní vlivy. Dítě pociťuje smutek svých rodičů, pozoruje změny nálad a i tato situace pro něj může být velmi náročná. Může se jednat o situaci, kdy se rodiče plně ponoří do ztráty a starší dítě pak může prožívat pocity osamění, smutku, může si připadat nemilované. Když dítě nezná příčinu smutku rodičů, často si myslí, že je to jeho vina. Že jsou z něj rodiče smutní. Na takové děti je poté podvědomě vyvíjen ohromný tlak, který může mít negativní dopad na jeho psychosociální vývoj. (40)

Druhou variantu v pozdějším stádiu truchlení u rodičů představuje naopak plné soustředění se právě na starší dítě. Na takové dítě je stran rodičů vyvíjen ohromný tlak, „musí být perfektní“. Rodiče bývají také nadměru úzkostní a opatrovníčtí. (40)

Ani jedna z těchto variant není ideální a je třeba, aby zde rodiče našli jistý balanc. V případě, kdy mají pocit, že situaci plně nezvládají, je vhodné obrátit se do rukou specialisty, který rodině pomůže situaci společně zvládnout. (40)

Pokud ovšem dítě již těhotenství zaregistrovalo, vnímá tedy ztrátu možného budoucího sourozence, je důležité postupovat velice citlivě a dle věku a rozumových schopností dítěte postupně vysvětlit „co se děje“. Je důležité s dítětem hodně mluvit, vysvětlit mu důvod smutku či případných nálad rodičů a ujistit jej, že není jejich příčinou. I přes probíhající smutek a truchlení je nezbytné dítěti projevovat lásku a být mu oporou. Jestliže dítě nese tuto skutečnost těžce, je také možné ho různým způsobem zapojit do rozloučení s miminkem. Toto rozloučení se převážně týká potratů ve vyšším týdnu těhotenství, kdy má rodina k plodu větší emoční pouto, ale můžeme se setkat s různými formami rozloučení i u potratů v nízkých týdnech těhotenství. Nejčastěji se jedná o zapalování svíček, vytvoření památkových předmětů či krabiček a podobně. (40; 39)

Od roku 2017 je dle nově upravené novely o pohřbnictví možné pohřbívat i plody po potratu. To znamená plody, jež jsou váhově pod 500g a nevykazují žádnou ze známk života. Pokud není možné váhu určit, jedná se o těhotenství kratší než 22 týdnů. Dle této novely mají rodiče právo se do 96 hodin rozhodnout, zda o pohřbení stojí, či nikoli. V dnešní době bývá pohřbívání plodů často spojováno například s vysazením stromu na podkladě popela a vznikají tak krásné přírodní hřbitovy. Pokud se rodiče do 96 hodin nerozhodnou, či o pohřeb nestojí, je plod zpopelněn a ostatky uloženy tak, aby je bylo možné v případě, že rodiče změní názor, zpětně dohledat. (41)

PRAKTICKÁ ČÁST

5. VÝZKUMNÉ CÍLE A OTÁZKY

Praktická část této bakalářské práce je zaměřena na rozbor dat, získaných z dotazníkového šetření, zaměřující se na vnímání těhotenské ztráty, konkrétně zamlklého těhotenství, z pohledu ženy prožívající tuto situaci. Ženy byly rozděleny do dvou skupin v závislosti na zvolené metodě managementu (farmakologický, chirurgický) zamlklého těhotenství.

V důsledku citlivosti povahy tématu, bylo velmi obtížné sehnat dostatek respondentek, které aktuálně prochází těhotenskou ztrátou, a z tohoto důvodu byl výzkum po třech měsících rozšířen o skupinu žen, jež se s těhotenskou ztrátou potýkaly v období předchozích pěti let. Tyto dvě skupiny byly vyhodnocovány odděleně a v otázkách, u kterých by mohl být časový odstup zkreslujícím faktorem, slouží tyto odpovědi jakožto kontrolní skupina.

Výzkum probíhal na Gynekologicko-porodnické klinice, 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze a prostřednictvím webu survio.com.

5.1 CÍLE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Hlavní výzkumný cíl:

Hlavním výzkumným cílem této práce je porovnat a zhodnotit rozdíly ve vnímání těhotenské ztráty v závislosti na zvoleném typu managementu (farmakologický, chirurgický).

Dílčí výzkumné cíle:

Zjistit, jaká z nabízených metod managementu zamlklého těhotenství je ženami preferována.

Zjistit, zda jsou hodnoty BMI výrazným rizikovým faktorem pro vznik zamlklého těhotenství.

Zjistit v jaké věkové skupině nejčastěji dochází k zamlklému těhotenství.

Zjistit a porovnat vnímání těhotenské ztráty z pohledu žen prožívajících tuto skutečnost aktuálně a žen, které dotazník vyplňují s časovým odstupem.

5.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Hlavní výzkumná otázka:

Jaké jsou rozdíly ve vnímání těhotenské ztráty v závislosti na zvoleném typu managementu?

Dílčí výzkumné otázky:

Jaká z nabízených metod managementu zamlklého těhotenství je ženami preferována?

Jsou hodnoty BMI výrazným rizikovým faktorem pro vznik zamlklého těhotenství?

V jaké věkové skupině nejčastěji dochází k zamlklému těhotenství?

Jaké je vnímání těhotenské ztráty z pohledu žen prožívajících tuto skutečnost aktuálně a žen, které dotazník vyplňují s časovým odstupem?

5.3 METODIKA VÝZKUMU

V praktické části bakalářské práce se zabývám výzkumem na Gynekologicko-porodnické klinice, 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze a prostřednictvím webu survio.com.

5.3.1 Metodika sběru dat

K vypracování praktické části bakalářské práce sloužilo dotazníkové šetření, které probíhalo od prosince 2022 do dubna 2023 na Gynekologicko-porodnické klinice 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze a prostřednictvím webu survio.com.

V rámci dotazníkového šetření pacientky na klinice obdržely informovaný souhlas s výzkumem a GDPR, který v případě souhlasu podepsaly a vyplnily na sebe kontakt, na který jim následně týden po chirurgickém výkonu či podání tablet Misoprostolu přišel odkaz na již zcela anonymní dotazník na webu survio.com.

Druhá fáze výzkumného šetření u kontrolní skupiny probíhala obdobnou formou, a to také přes web survio.com. Tyto dva dotazníky byly odděleny, aby bylo možné daná data rozlišit. Odkaz na dotazník byl v tomto případě rozšířen přes sociální síť. Tato část výzkumu probíhala od 14. března do 10. dubna 2023.

Od respondentek byly získány demografické ukazatele, informace týkající se předchozích gravidit, abortů a jejich okolností, zvolené metody managementu a poslední část tvoří škálové otázky dotazníku RIMS, jež tvoří revidovanou škálu dopadu potratu na psychiku pacientky. RIMS dotazník (42) byl přeložen z anglického originálu (Obrázek 8) (42)

Následně byla vybrána a vyhodnocena data s vypovídající hodnotou pro pozorování a v případě starších případů jsou zahrnuty případy z období posledních pěti let. Případy starší pěti let jsou zahrnuty pouze u otázek, jejichž odpovědi nejsou ovlivnitelné časem.

5.3.2 Zpracování dat

Pro interpretaci výsledků je využito grafů s příslušnými popisky. Výsledky zobrazené v procentech jsou zaokrouhleny na jedno desetiné místo.

5.3.3 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvoří dvě skupiny žen. První skupinu tvoří ženy, které se s těhotenskou ztrátou vypořádávají aktuálně. Jedná se o vzorek 26 žen, jež absolvovaly

chirurgickou, či farmakologickou metodu managementu zamklého těhotenství v období od prosince 2022 do dubna 2023 na Gynekologicko-porodnické klinice, 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakulní nemocnice v Praze.

Druhou skupinu žen tvoří vzorek 104 respondentek, jež se s problematikou zamklého těhotenství setkaly v období do maximálně pěti let. Tyto respondentky se do výzkumu zapojily prostřednictvím odkazu na sociálních sítích.

Případy starší pěti let jsou zahrnuty pouze u otázek, jejichž odpovědi nejsou ovlivnitelné časem a jedná se o 24 žen.

6. VYHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ

Následující část práce se zabývá vyhodnocením výsledků výzkumného šetření. Pro názornost a přehlednost jsou k prezentaci dat použity grafy s popisným značením.

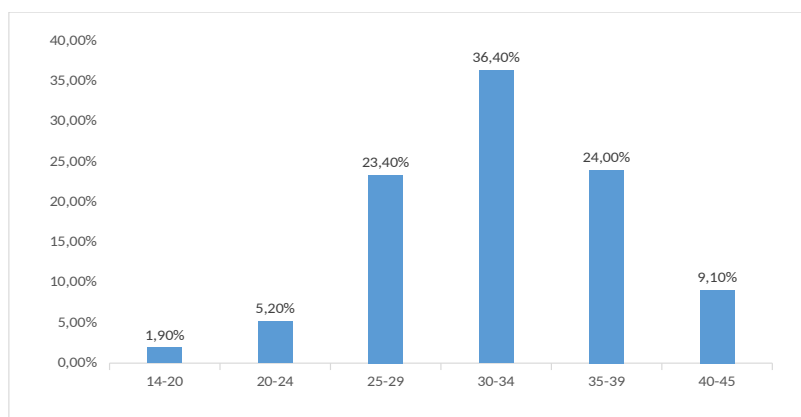
K základní charakteristice vzorku žen jsou vybrány základní anamnestické a demografické údaje pacientek. Následují otázky týkající se těhotenství a okolností, za kterých k zamlklému těhotenství došlo. Poslední skupinu otázek tvoří otázky RIMS dotazníku, jež tvoří revidovanou škálu dopadu potratu na psychiku pacientky.

Ženy byly rozděleny do dvou skupin v závislosti na časovém odstupu od proběhlého zamlklého těhotenství. V otázkách, ve kterých časový odstup nezkrusuje dané odpovědi, jsou dotazníky vyhodnocovány jako celek.

Úspěšnost vyplnění dotazníku byla u skupiny aktuální 96,3% a u skupiny *ohlédnutí zpět* 50,6%. To znamená, že na základě přijatých 27 informovaných souhlasů se studií u skupiny *aktuální*, bylo úspěšně vyplněno 26 dotazníků a u skupiny *ohlédnutí zpět* se jednalo o 128 vyplněných dotazníků z celkových 253 návštěv.

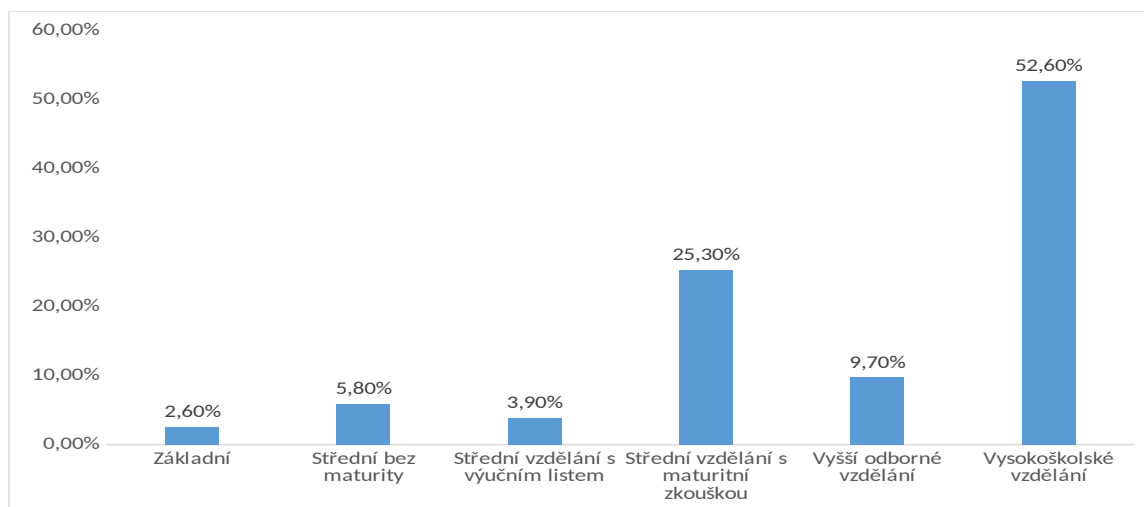
Jelikož věk bývá uváděn, jakožto jeden z rizikových faktorů, první graf zobrazuje procentuální zastoupení věku pacientek, ve kterém k zamlklému těhotenství došlo. Snahou bylo zjistit a znázornit, věkovou skupinu žen, ve které nejčastěji dochází k zamlklému těhotenství. (Graf 18)

Dotazníkové šetření ukázalo, že v pozorovaném vzorku 154 žen, k zamlklému těhotenství nejčastěji došlo ve věku mezi 30-34 rokem a to u 36,4% případů. Další věkovou skupinu tvoří ženy mezi 35-39 lety, které tvoří 24% a téměř srovnatelnými procenty se prezentuje i skupina ve věkovém rozmezí 25-29 let se zastoupením 23,4%. Věkové zastoupení mezi 40-45 rokem se zde vyskytuje v 9,1% a co se týče žen pod 25 let, v pozorovaném vzorku se jedná pouze o jednotky případů.



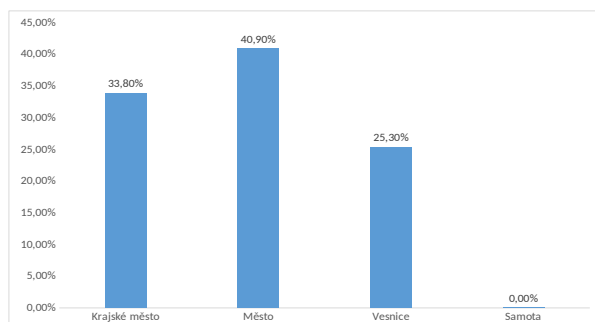
Graf 18 Procentuální zastoupení věku žen, kdy došlo k zamlklému těhotenství

Následující grafy se týkají anamnestických údajů stran nejvyššího ukončeného vzdělání (Graf 19) a z demografických údajů, jímž je ukazatel pobytu. (Graf 20)



Graf 19 Nejvyšší ukončené vzdělání

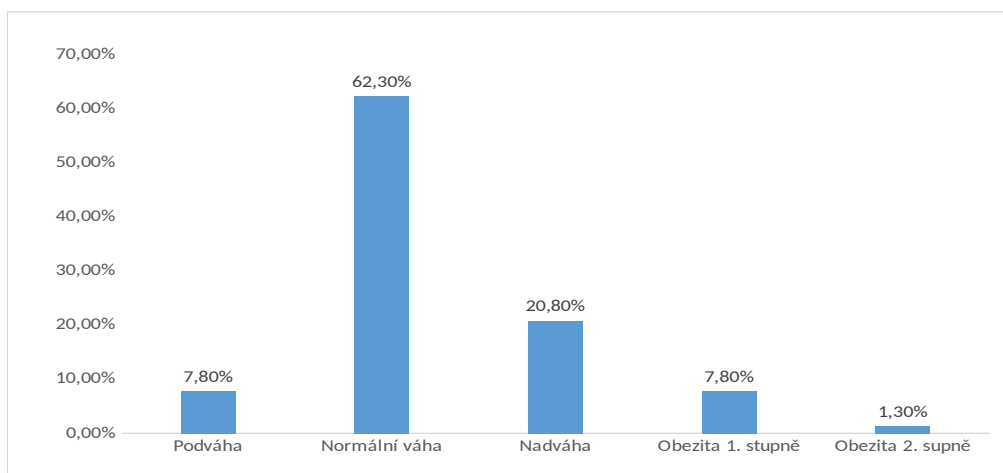
Graf číslo 2 zobrazuje zastoupení jednotlivých forem nejvyššího ukončeného vzdělání. Tento dotazník byl zcela dominantně vyplňován vysokoškolsky vzdělanými ženami a to v 52,6% případů. Druhé procentuálně nejvyšší zastoupení se týká žen, jež dokončily střední vzdělání ukončené maturitní zkouškou.



Graf 20 Demografie/ukazatel pobytu

Další z charakteristik výzkumného souboru je tzv. ukazatel pobytu. Z uvedených možností je nevyše zastoupeno město a to v 40,9%. Obyvatelky krajského města se na dotazníkovém šetření podílely ve 33,8% případů a ženy žijící na vsi ve 25,3% případů.

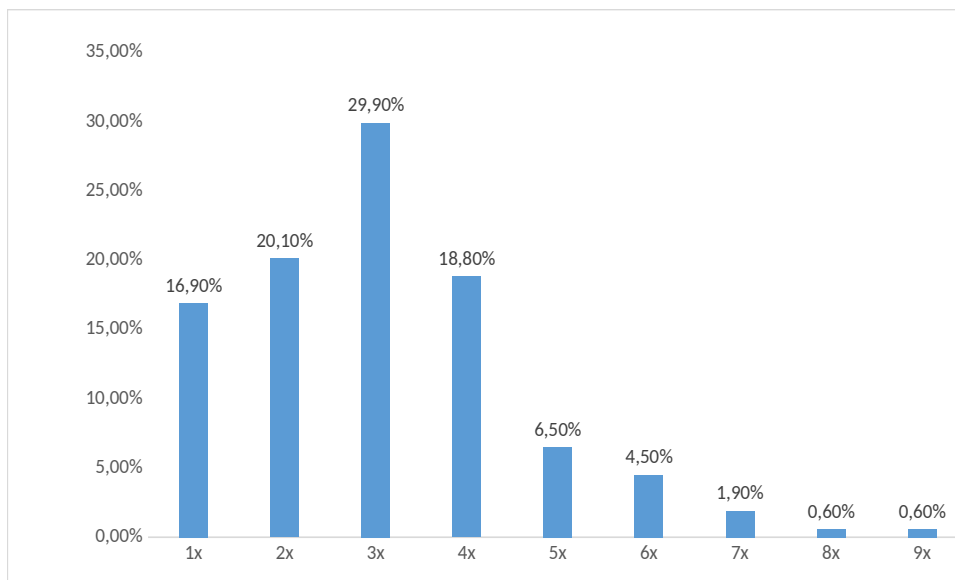
Následující graf (Graf 21) je zaměřen na BMI pacientek. BMI patří také krom jiných mezi rizikové faktory pro vznik zamlklého těhotenství. Snahou tohoto grafu je zjistit, zda a do jaké míry, má hodnota BMI vliv na vznik zamlklého těhotenství.



Graf 21 Procentuální zastoupení hodnot BMI u pacientek, jež prošly těhotenskou ztrátou

V předchozím grafu (Graf 21) jsou zobrazeny hodnoty BMI pacientek ze sledovaného vzorku 154 žen. Mezi minimální a nízká zdravotní rizika lze zařadit ženy s BMI mezi 18,5-29,9, jež na grafu znázorňuje sloupec *normální váha* a *nadváha*. Tuto skupinu tvoří celkem 83,1%. Mezi ženy s vysokými zdravotními riziky patří ženy s BMI pod 18,5 a dále v rozmezí 35-39,9. To na grafu představují sloupce *podváha* a *obezita 1. Stupně*. Tato skupina je v pozorovaném vzorku zastoupená 15,6 procenty. To znamená, že přibližně každá 6. žena, z pozorovaného vzorku, patří do skupiny s vysokými zdravotními riziky. Poslední zde zastoupenou skupinu tvoří *obezita 2. Stupně*, jež dle zdrojů (43) představuje velmi vysoká zdravotní rizika. Tato skupina je zde zastoupená 1,3 procenty a jedná se o jednotky respondentek.

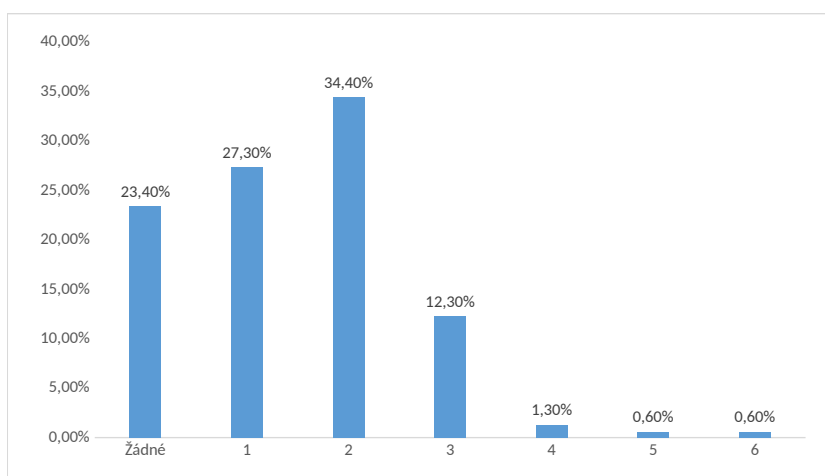
Dotazníková otázka číslo 5 je zaměřena na počet gravidit, jimiž žena prošla, včetně zamlklých těhotenství, potratů, UPT, či S.C. pro mrtvý plod. Počet gravidit je procentuálně zobrazen v grafu č.5. (Graf 22) V grafu č.7 (Graf 24) můžeme následně pozorovat procentuální zastoupení jednotlivých výše zmíněných variant, kdy krom zamlklého těhotenství, jež zde vzhledem k pozorované problematice, představuje 100%, byla u pacientek v jiném těhotenství diagnostikována i jiná forma těhotenské ztráty.



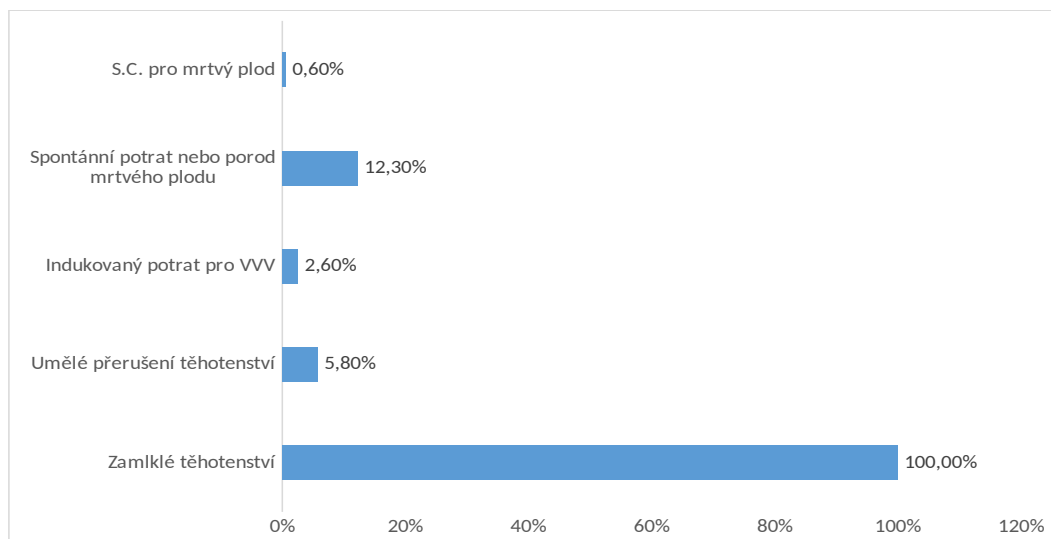
Graf 22 Procentuální zobrazení počtu gravidit, včetně zamlklého těhotenství, či jiné těhotenské ztráty

Jak již bylo popsáno výše, tento graf představuje procentuální zastoupení počtu gravidit, jimiž žena prošla, včetně veškerých těhotenských ztrát. Nejvyšší zastoupení zde mají tercigravidy s 29,9%, dále sekundigravidy s 20,1%, quadrigravidy s 18,8% a primigravidy se zastoupením 16,9%. Vyšší multiparity se v pozorovaném souboru vyskytují s menší frekvencí a jejich procentuální zastoupení lze vidět v grafu č.5 (Graf 22)

Graf č. 6 (Graf 23) představuje další z anamnestických údajů, a to konkrétně počet dětí jež pacientky již mají.



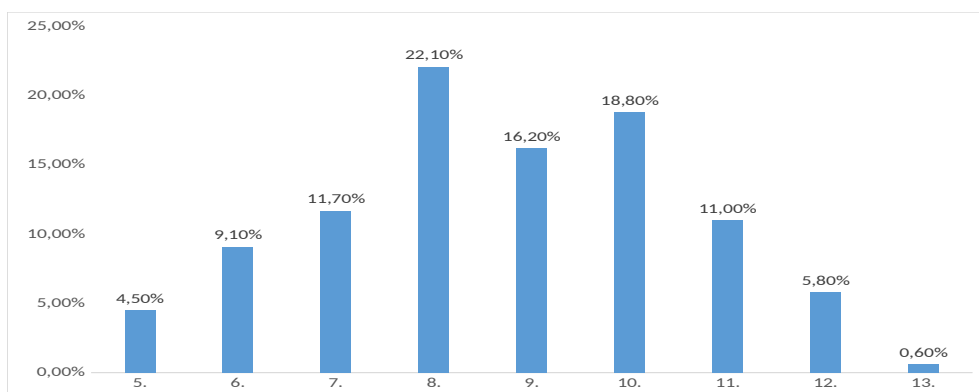
Graf 23 Procentuální zastoupení počtu dětí, jež pacientky již mají



Graf 24 Procentuální zastoupení případů, kdy se ženy krom zamlklého těhotenství setkaly i s jinou formou těhotenské ztráty

Graf č.7 (Graf 24) zobrazuje, kolik procent žen se krom zamlklého těhotenství setkalo i s jinou formou těhotenské ztráty. Zamlklé těhotenství je zde popsáno 100%, neboť právě to je tématem celé této práce a jedním z hlavních kritérií pro možnost vyhodnocení daného dotazníku. Můžeme zde vidět, že z těchto 100% se 12,3% v průběhu života setkalo krom zamlklého těhotenství i se spontánním potratem či porodem mrtvého plodu, 5,8% žen s UPT, 2,6% s indukovaným potratem pro vrozené vývojové vady a 0,6% s císařským řezem na mrtvý plod.

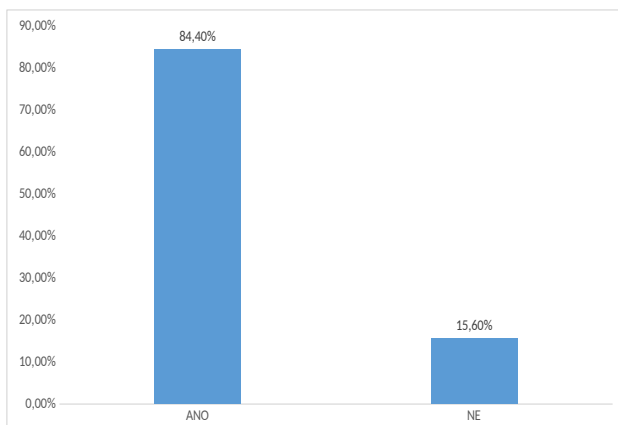
Následující grafy zobrazují týden těhotenství, ve kterém k zamlklému těhotenství došlo, resp. v kolikátém týdnu těhotenství bylo ženám sděleno, že se jedná o zamlklé těhotenství (Graf 25) a zda bylo toto těhotenství plánované, či nikoli. (Graf 26)



Graf 25 Tento graf zobrazuje procentuální zastoupení týdne těhotenství, ve kterém bylo ženám sděleno, že je těhotenství zamlklé

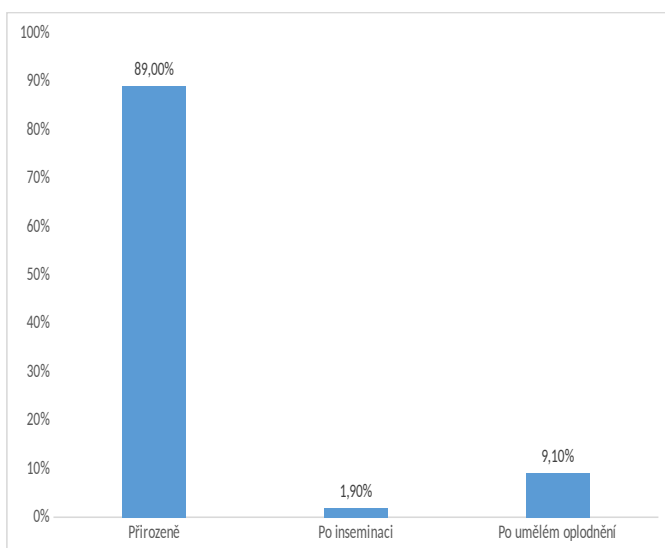
Z tohoto grafu vyplývá, že k diagnostice zamlklého těhotenství nejčastěji dochází mezi 6.-11. týdnem těhotenství. Jednotlivé číselné údaje jsou vyznačeny v grafu č.8. (Graf 25)

Následující graf (Graf 26) zobrazuje procentuální zastoupení, zda bylo těhotenství, při kterém došlo k jeho zamlknutí plánované, či nikoli. Je patrné, že převážná většina 84,4% těhotenství byla plánovaná, což se může odrazit v dopadu těhotenské ztráty na psychiku, jež je pozorován v otázkách 16.1.-16.16.



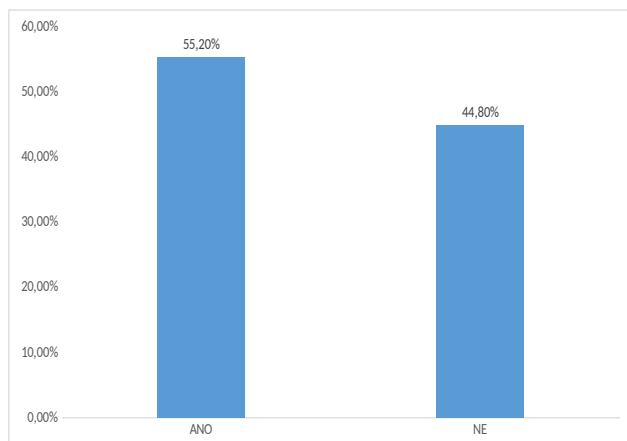
Graf 26 Tento graf zobrazuje poměr plánovaných a neplánovaných těhotenství, kdy došlo k zamklému těhotenství

Dalším sledovaným ukazatelem, jež by mohl ovlivnit dopad těhotenské ztráty na psychiku ženy, je například náročnost otěhotnění. Lze předpokládat vyšší psychickou zátěž u žen, které si prošly procesem asistované reprodukce. V pozorovaném souboru se to týká 11% žen. Zbylým 89% se podařilo otěhotnět spontánně. (Graf 27)

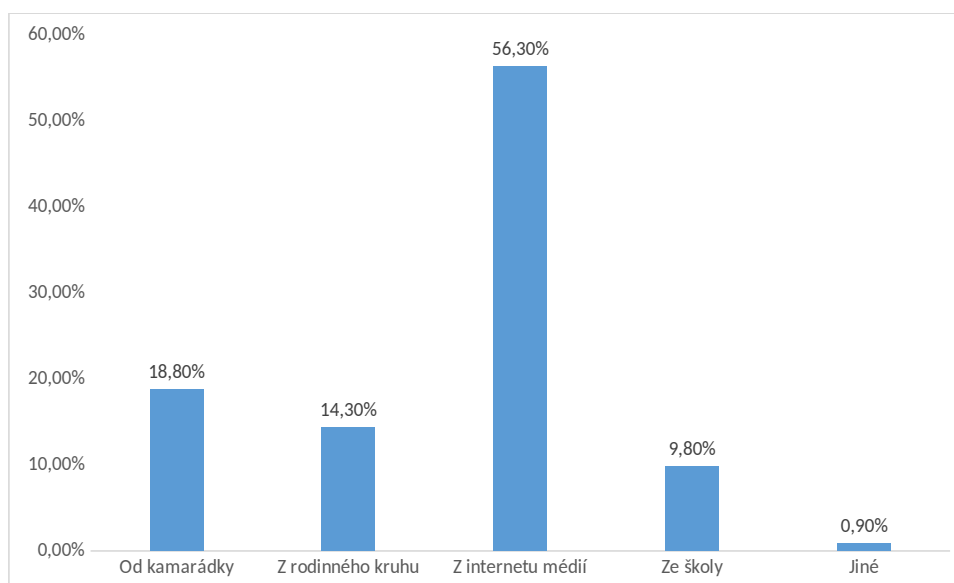


Graf 27 Procentuální zastoupení metod otěhotnění vztahující se k tomuto (zamklému těhotenství)

Následující graf (Graf 28) se vztahuje k informovanosti žen o problematice zamlklého těhotenství před vlastní zkušeností. 44,8% žen udává, že před diagnostikou vlastního zamlklého těhotenství o této problematice nevěděly. Zbývajících 55,2% udávají opak a to ze zdrojů, jež můžeme pozorovat v grafu č. 12 (Graf 29)



Graf 28 Informovanost žen o problematice zamlklého těhotenství před vlastní zkušeností (Věděla jste něco o problematice zamlklého těhotenství, než jste se s ním sama setkala?)



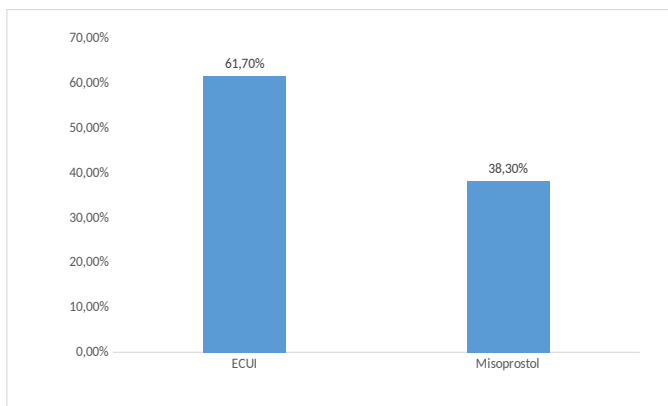
Graf 29 Z jakého zdroje jste získala informace o problematice zamlklého těhotenství?

Graf 29 zobrazuje zastoupení jednotlivých zdrojů, ze kterých ženy čerpaly informace o problematice zamlklého těhotenství. V tomto grafu se jedná pouze o odpovědi 55,2% žen, které u předchozí otázky zvolily odpověď ANO.

Z uvedeného vyplývá, že ženy informace nejčastěji získaly z internetu či jiných médií a to v 56,3% případů, dále od kamarádek a známých v 18,8% případů, z rodinného kruhu v 14,3%, ze školy v 9,8% případů a jako jiný zdroj zde byl uveden v 0,9% případů podcast.

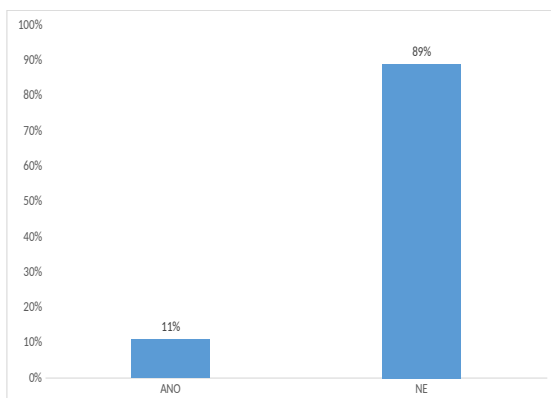
Zastoupení zvolené formy léčby zamlklého těhotenství prezentuje Graf 30, kdy se jedná z 61,7% o metodu chirurgickou a z 38,3% o metodu farmakologickou. Tyto údaje se

vztahují k celému vzorku 154 žen podstupujících dotazníkové šetření. Pokud ovšem ženy rozdělíme na skupinu aktuálních případů, jež byly do výzkumu zapojeny prostřednictvím Gynekologicko-porodnicé kliniky 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a VFN v Praze, které dotazník vyplnily týden po proběhlé léčbě, procentuálně se dostaneme na 50% respondentek volících farmakologickou a 50% volících chirurgickou formu léčby. U skupiny pacientek, které se s problematikou zamlklého těhotenství setkaly v předchozích letech, a do výzkumu se zapojily prostřednictvím odkazu na sociálních sítích, zůstává zastoupení farmakologické léčby pomocí Misoprostolu 38,3% a volba ECUI v 61,7% případů.



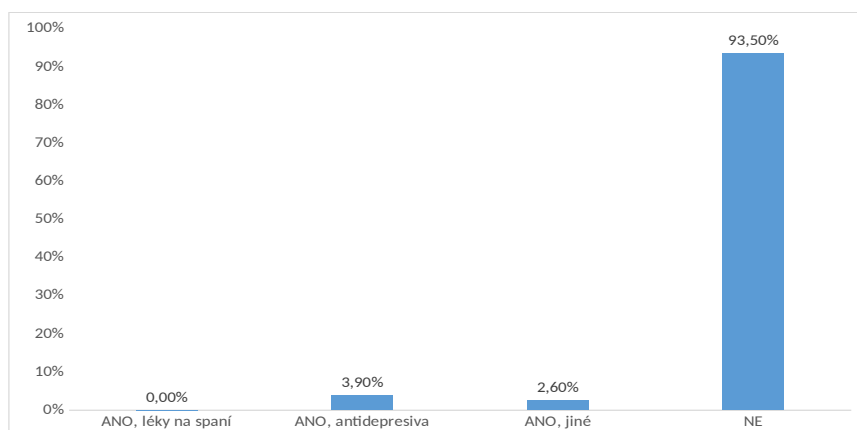
Graf 30 Zvolená forma léčby

Na následujícím grafu je názorně představeno procentuální zastoupení žen, jež po diagnostice či léčbě zamlklého těhotenství vyhledali psychologickou/psychiatrickou pomoc. Jedná se o 11% žen, jež této možnosti využily. (Graf 31)



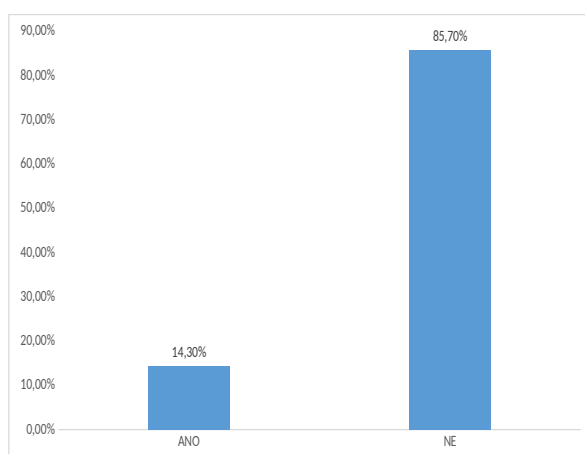
Graf 31 Navštívila jste po této události psychologa/psychiatra?

Tato otázka či graf (Graf 32) je doplňující informací k otázce předchozí a jedná se o následné vyhledání medikace v souvislosti se zamlklým těhotstvím.



Graf 32 Začala jste po potratu užívat nějakou medikaci?

Jistou formu rozloučení se svým dítětem/plodem zvolilo 14,3% pacientek. Z uvedeného se jednalo především o zapalování svíček, výrobu krabiček s upomínkovými předměty na zemřelé dítě, jako je například fotografie z UZ, dopis, který miminku napsali, stříbrné mince a podobně. Někteří rodiče se rozhodli pro pohřeb nenarozeného plodu či vypuštění balónek do nebe se vzkazem pro jejich nenarozené dítě. Zbývajících 85,7% rodičů uvedlo, že rozloučení nedělali.



Graf 33 Dělali jste nějakou formu rozloučení s vaším dítětem?

Následující grafy zobrazují procentuálně vyobrazené odpovědi na škálové otázky RIMS, jež se v dotazníku vyskytují pod čísly 16.1. - 16.16. V této části dotazníku jsou již odpovědi vyhodnocovány odděleně a to konkrétně ve dvou skupinách, kdy první tvoří soubor 26 žen, jež dotazník vyplnily týden po proběhlé léčbě. Druhou skupinu představuje soubor 104 žen, které se s problematikou zamlklého těhotenství setkaly v období posledních maximálně pěti let.

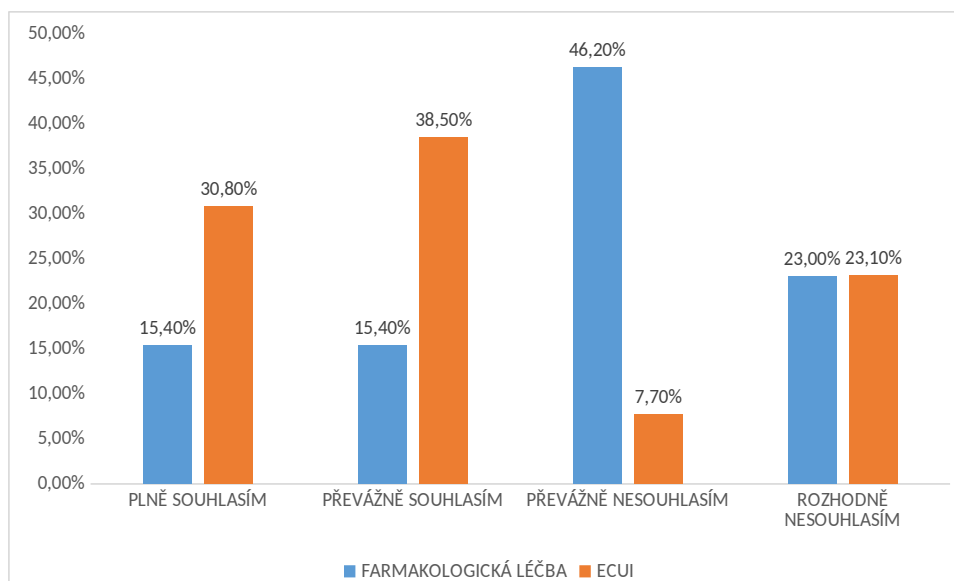
Další rozdělení u jednotlivých skupin se týká již samotné metody zvolené pro management zamlklého těhotenství. Jedná se o metodu farmakologickou a metodu chirurgickou.

V první skupině žen, bude srovnáván dopad zvolené metody na psychiku u 13 respondentek, jež se rozhodly jít cestou farmakologické léčby a 13 pacientek, jež se rozhodly pro metodu chirurgickou.

U druhé skupiny je porovnán dopad zvolené metody na psychiku u 70 respondentek, jež se rozhodly pro chirurgickou léčbu a 34 respondentek, které zvolily léčbu farmakologickou.

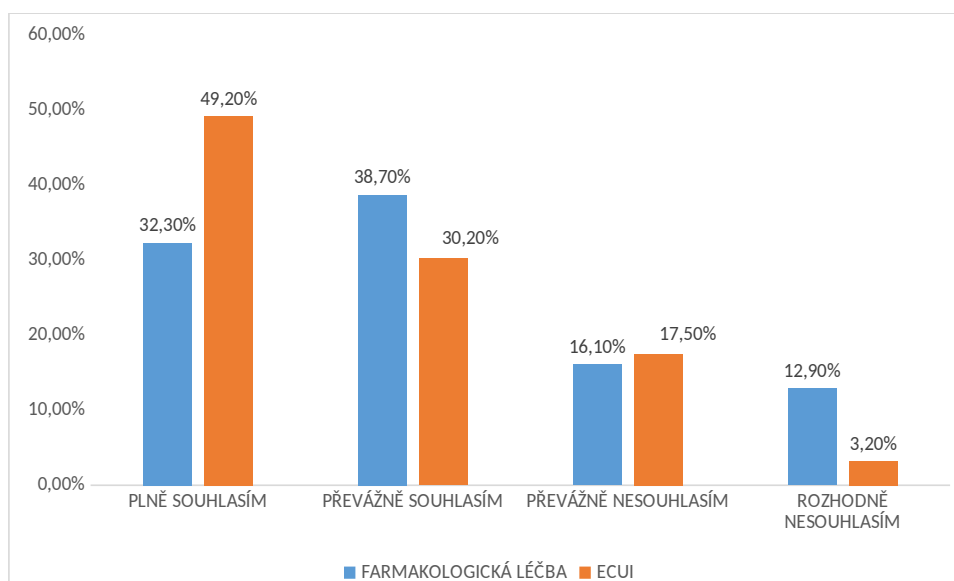
Pro možnost porovnávání jsou uvedené hodnoty převedeny na procenta. Pro lepší přehlednost dostala první skupina pracovní název *aktuální* a skupina druhá *ohlédnutí zpět*.

Následující grafy (Graf 34, Graf 35) zobrazují vnímání těhotenské ztráty, očima žen, jež dotazník vyplňovaly týden po proběhlé léčbě (Graf 34) a žen, jež se se zamlklým těhotenstvím potýkaly v období posledních maximálně pěti let.



Graf 34 Ot. 16.1 - AKTUÁLNÍ - Během své (naší) ztráty jsem se cítila velmi osaměle

Během své (naší) ztráty jsem se cítila velmi osaměle, tak zní první otázka z dotazníkového souboru RIMS, jež se zabývá dopadem těhotenské ztráty na psychiku žen či párů. Můžeme vidět, že v souhlasné polovině této otázky dominují ženy, jež zvolily metodu ECUI, tedy chirurgickou. 69,3% žen, jež zvolily chirurgickou metodu léčby, se přiklání k pocitu osamění. Na druhé straně je 69,2% žen, které zvolily cestu farmakologické léčby a většinou se přiklání k nesouhlasu s tímto tvrzením. Z tohoto grafu vyplývá, že z pozorovaného souboru žen, se více osamělé cítily ženy, podstupující chirurgickou léčbu. (Graf 34)

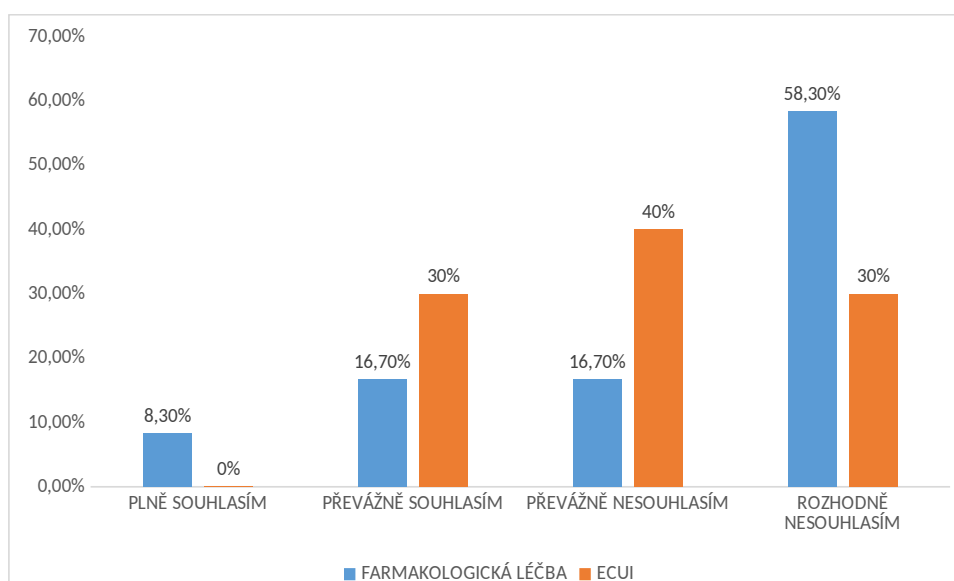


Graf 35 Ot. 16.1 - OHLÉDNUTÍ ZPĚT - Během své (naší) ztráty jsem se cítila velmi osaměle

Zde můžeme vidět předchozí graf ještě jednou, ovšem tentokrát s daty od pacientek, jež si těhotenskou ztrátou prošly v období posledních maximálně pěti let. Na tomto grafu již nevidíme tak markantní rozdíl mezi metodou farmakologickou a ECUI. Stále zde můžeme pozorovat, že pacientky, které podstoupily ECUI se přiklání na stranu souhlasu a to 79,4%. Oproti *aktuální* skupině je zde nárůst souhlasu o 9,9%.

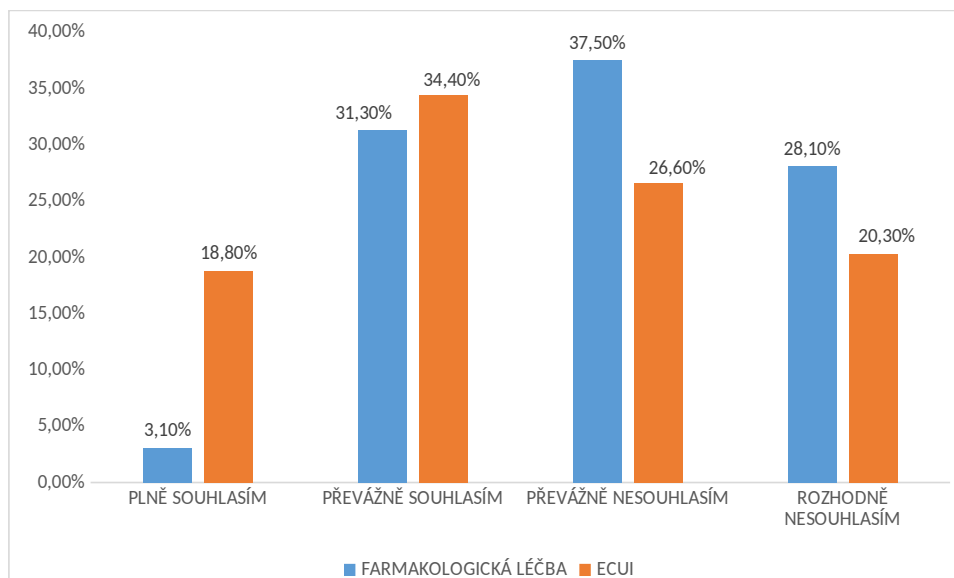
Na druhé straně, metoda farmakologická, jež se v *aktuální* skupině přiklání spíše na stranu nesouhlasu, zde pozorujeme nárůst souhlasu s tvrzením o 40,2%, tudíž výsledný souhlas s tvrzením zde u farmakologické metody činí 71%.

I v této skupině se dle výsledků více osamělé cítily ženy podstupující chirurgickou léčbu, ovšem zde se jedná o rozdíl pouhých 8,4%. (Graf 35)



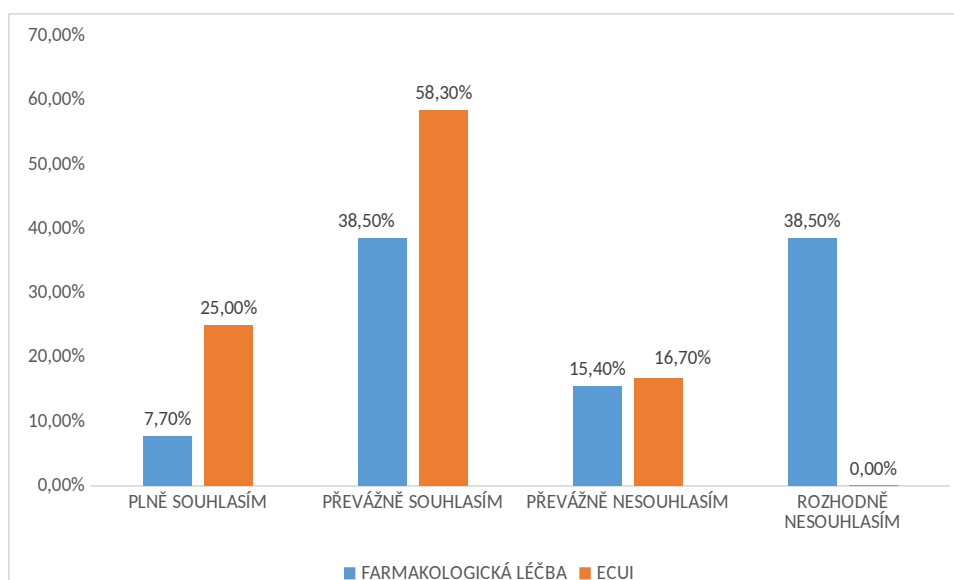
Graf 36 Ot. 16.2 - AKTUÁLNÍ - S potratem jsem ztratila chuť do života

Druhou otázkou dotazníku RIMS je tvrzení: *S potratem jsem ztratila chuť do života*. Zde můžeme zřetelně vidět převážný nesouhlas obou skupin, jež u farmakologické léčby činí 75% a u chirurgické 70%. Zbývajících 30% žen podstupujících chirurgickou léčbu s tvrzením převážně souhlasí, a 25% žen, které podstoupily farmakologickou léčbu se dále rozdělují na plný souhlas 8,3% a na souhlas převážný 16,7%. (Graf 36)



Graf 37 Ot. 16.2 - OHLÉDNUTÍ ZPĚT - *S potratem jsem ztratila chuť do života*

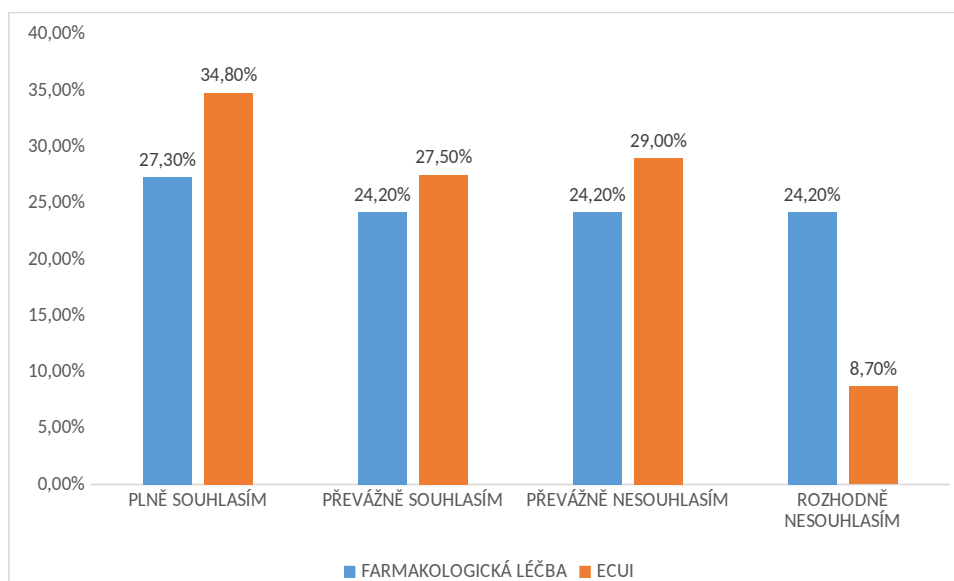
U metody ECUI zde můžeme pozorovat 53,2% souhlas. Oproti předchozí, *aktuální*, skupině je zde nárůst souhlasu s tímto tvrzením o 23,2%. U zvolené farmakologické léčby stále převažuje nesouhlas s tímto tvrzením a to u 65,6% případů, nárůst souhlasu s tímto tvrzením tedy stoupl oproti *aktuální* skupině o 9,4%. (Graf 37)



Graf 38 Ot. 16.3 - AKTUÁLNÍ - *Cítím, že mě mé tělo zradilo*

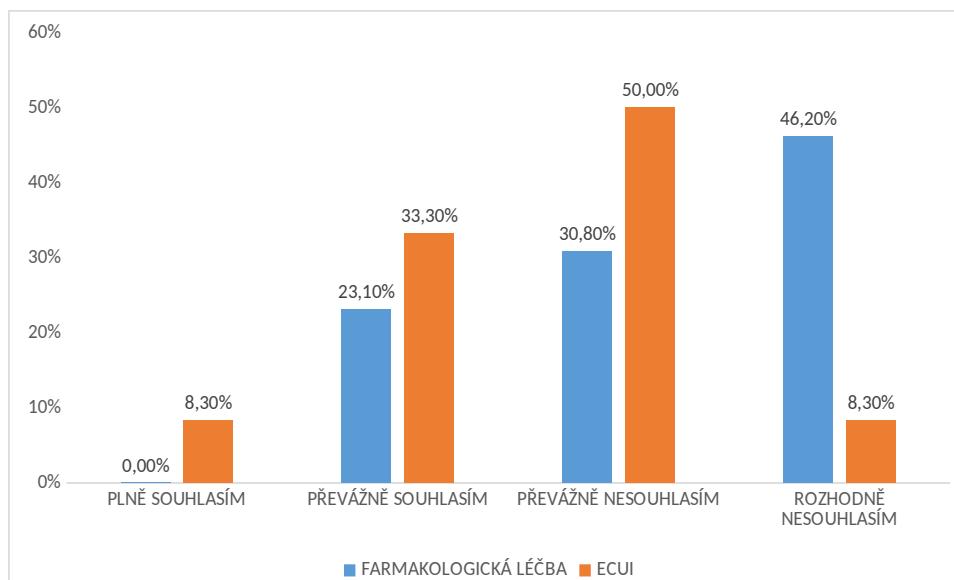
Graf 38 zobrazuje souhlas a nesouhlas žen s tvrzením: *Cítím, že mě mé tělo zradilo*. Do souhlasné poloviny se řadí 83,3% žen podstupujících chirurgickou léčbu a 46,2% žen po

farmakologické léčbě. Z tohoto je znatelně vyšší zastoupení souhlasného tvrzení u metody chirurgické. (Graf 38)



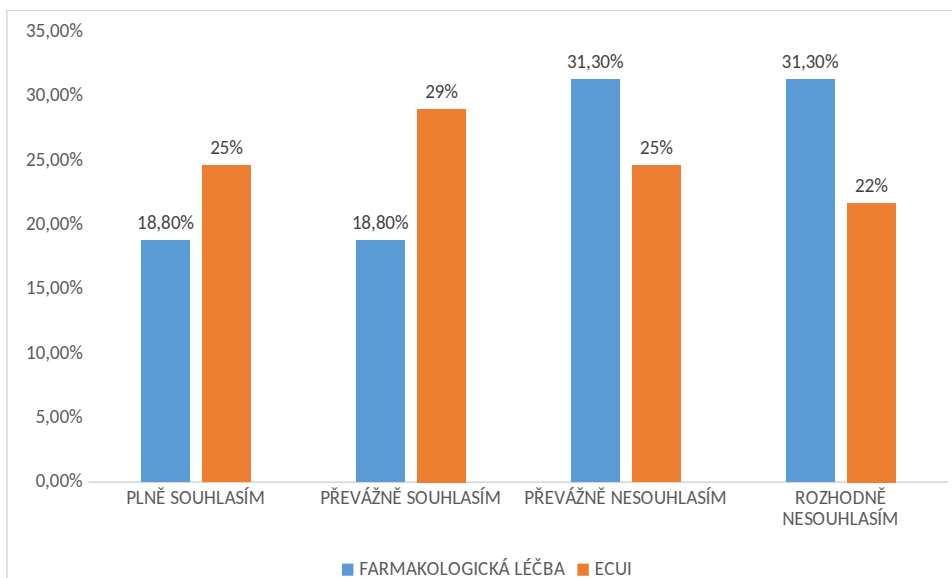
Graf 39 Ot. 16.3 - OHLÉDNUTÍ ZPĚT - Citím, že mě mé tělo zradilo

Skupina *ohlédnutí zpět* tvoří u chirurgické léčby ze 62,3% souhlasnou část s tímto tvrzením, tím pádem je zde oproti *aktuální skupině* pokles souhlasu o 21%. Na druhé straně u léčby farmakologické je mírný nárůst souhlasu oproti skupině *aktuální* a to o 5,3% na výsledných 51,5%. (Graf 39)



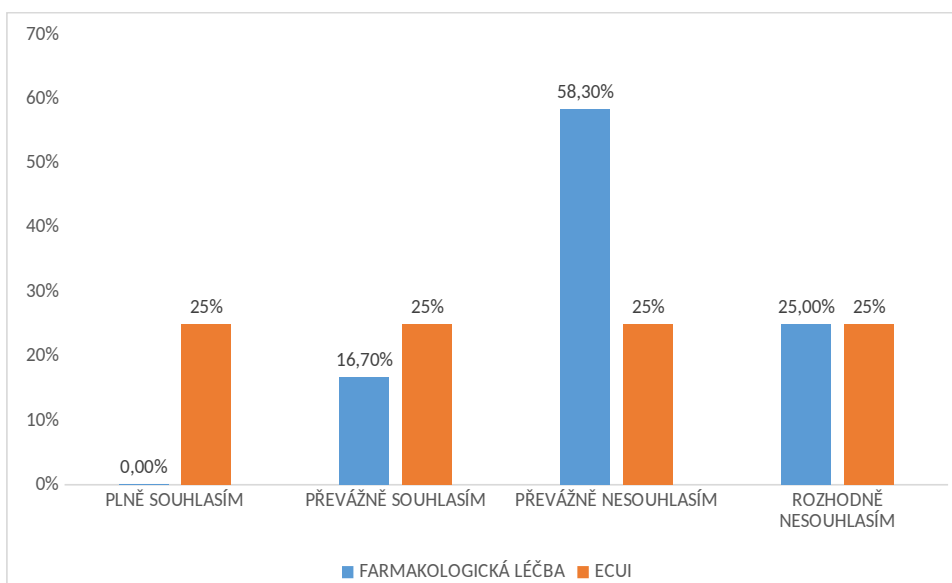
Graf 40 Ot. 16.4 - AKTUÁLNÍ - Citím se vinna za mou (naši) ztrátu

Cítím se vinna za mou (naši) ztrátu. S tímto tvrzením obě skupiny převážně nesouhlasí a to stran farmakologické léčby ze 77% a stran chirurgické léčby z 58,3%. Je tedy patrné, že ženy podstupující chirurgickou léčbu se cítí více vinné, než ženy po léčbě farmakologické. (Graf 40)



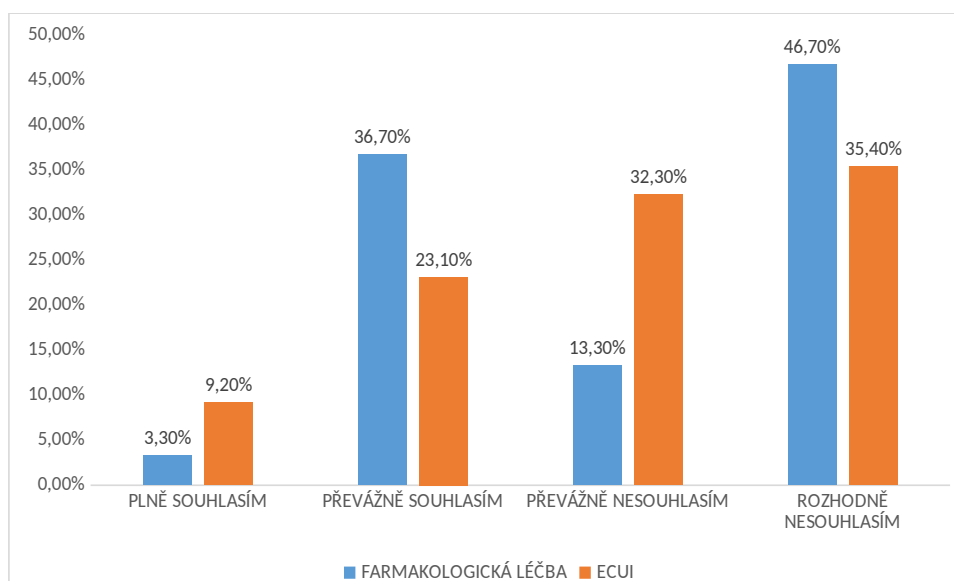
Graf 41 Ot. 16.4 - OHLÉDNUTÍ ZPĚT - Cítím se vinna za mou (naši) ztrátu

Ve skupině *ohlédnutí zpět* jsou data již různorodější. Na souhlasnou polovinu škály se přiklání 53,6% pacientek volící ECUI a 37,6% respondentek, jež zvolily tabletu Misoprostolu. Na straně nesouhlasu je 46,3% žen preferující ECUI a 62,6% pacientek po farmakologické léčbě. (Graf 41)



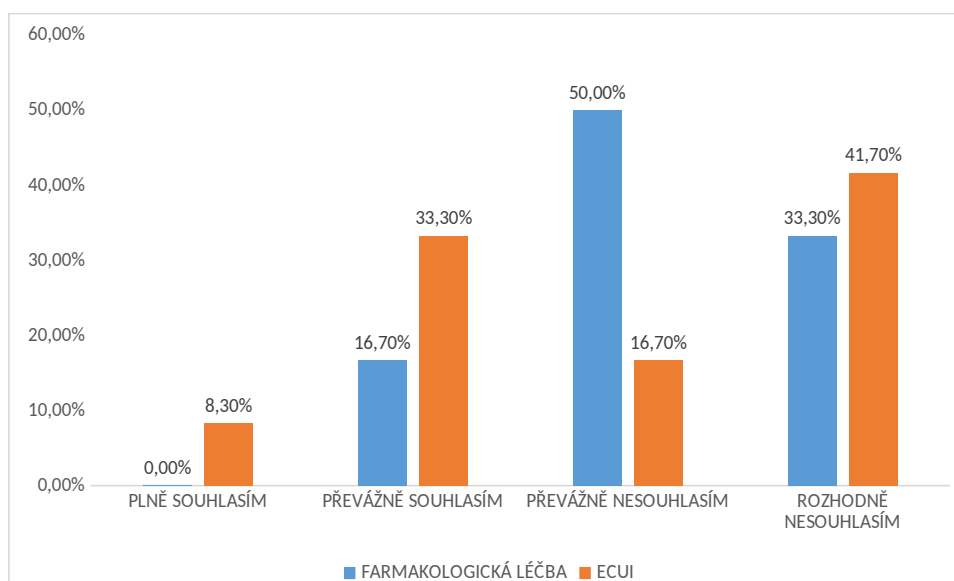
Graf 42 Ot. 16.5 - AKTUÁLNÍ - S touto těhotenskou ztrátou jsem ztratila víru/hrdost v sebe sama

Na grafu č. 25 (Graf 42) *S touto těhotenskou ztrátou jsem ztratila víru/hrdost v sebe sama*, můžeme vidět naprosto rovnoměrné rozložení u pacientek po chirurgické léčbě. Všechny zastoupené hodnoty v tomto případě tvoří po 25%. Zatímco u farmakologické léčby se ženy přiklání spíše na stranu nesouhlasu s daným tvrzením, jedná se o 83,3% žen.



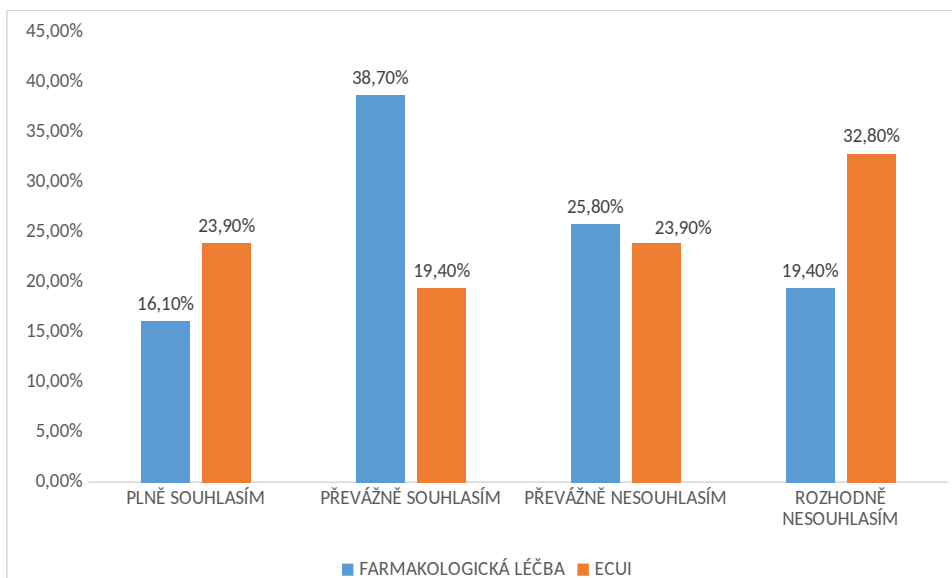
Graf 43 Ot. 16.5 - OHLÉDNUTÍ ZPĚT - S touto těhotenskou ztrátou jsem ztratila víru/hrdost v sebe sama

U skupiny *ohlédnutí zpět* stále platí převažující nesouhlas na straně farmakologické léčby s 60% a v tomto případě se k nesouhlasu přiklání i skupina žen po podstoupeném chirurgickém zákroku v zastoupení 67,7%. (Graf 43)



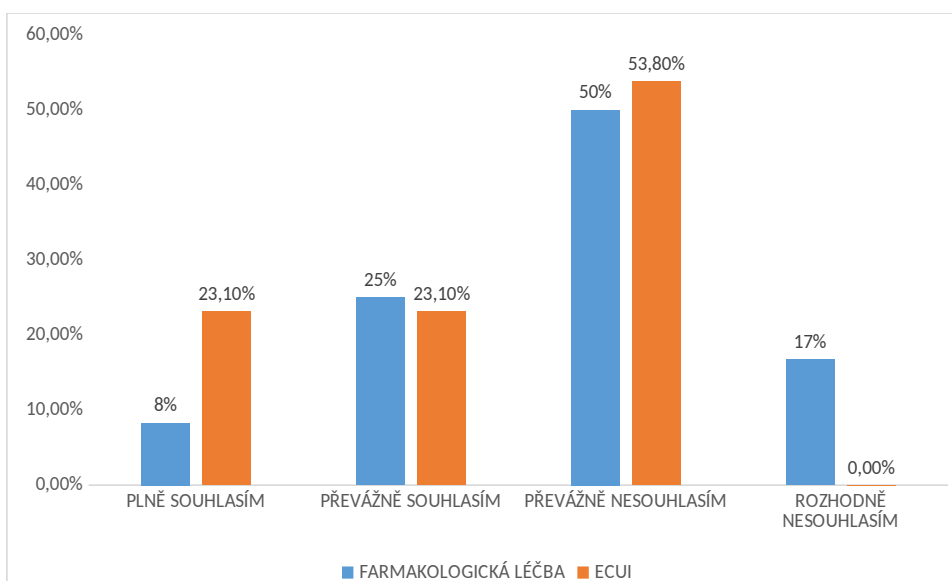
Graf 44 Ot. 16.6 - AKTUÁLNÍ - Od potratu se cítím izolovaná od svého okolí

Od potratu se cítím izolovaná od svého okolí - 58,4% žen po ECU se na hodnotící škále přiklání k nesouhlasu s tímto tvrzením. K nesouhlasu se kloní i ženy po farmakologické léčbě a toto zastoupení tvoří 83,3%. Větší problémy s pocitem izolace od svého okolí se tedy poměrně jednoznačně projevovaly u pacientek, jež podstoupily chirurgický zákrok. (Graf 44)



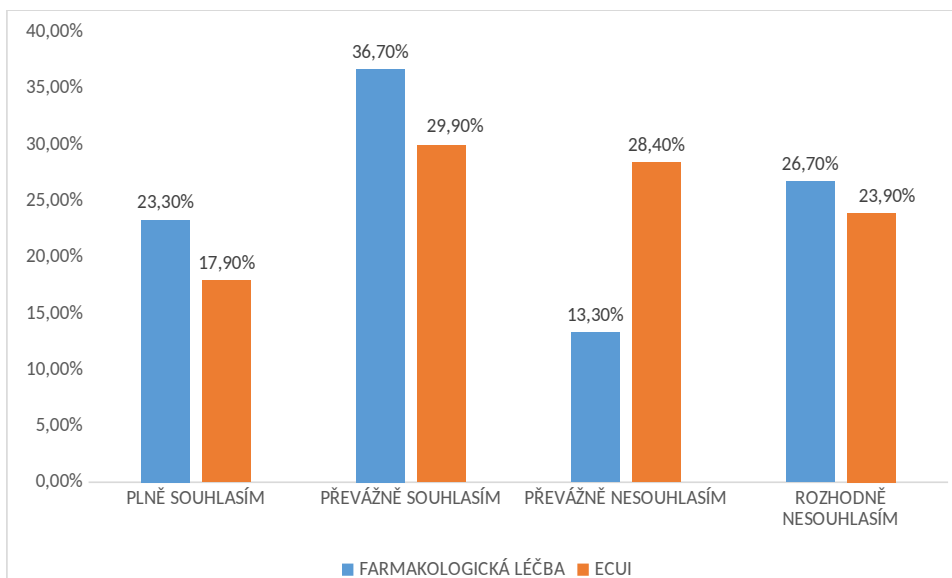
Graf 45 Ot. 16.6 - OHLÉDNUTÍ ZPĚT - Od potratu se cítím izolovaná od svého okolí

Narozdíl od předchozího, na tomto grafu můžeme vidět jednotlivá zastoupení rozmístěná rovnoměrněji. Do souhlasné poloviny škály se řadí 43,3% žen po ECUI a 54,8% žen po farmakologické léčbě. Poměrně markantní rozdíl v *aktuální* skupině a skupině *ohlédnutí zpět* tvoří zde přítomných 54,8% žen, klonící se po farmakologické léčbě k souhlasu, oproti *aktuální* skupině, kde se jednalo pouze o 16,7%. (Graf 45)



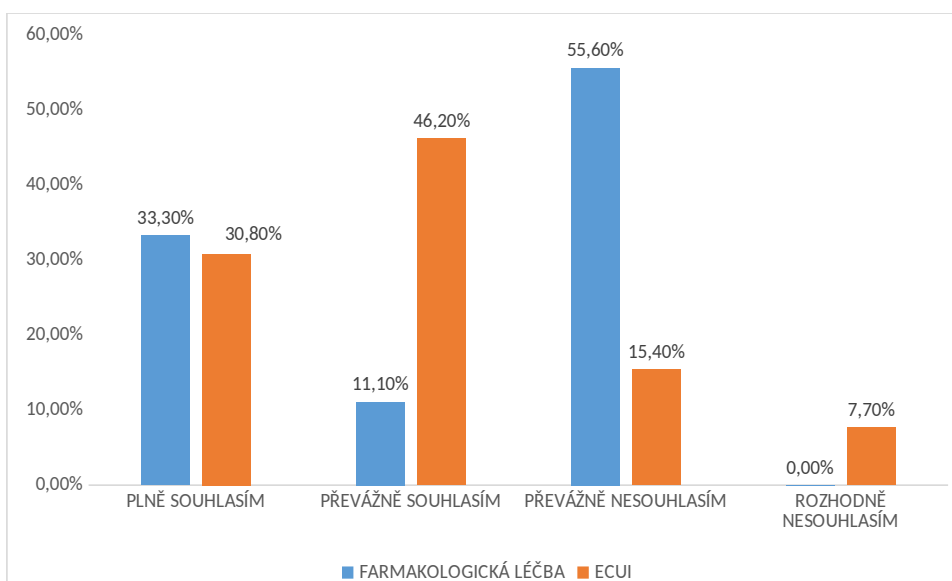
Graf 46 Ot. 16.7 - AKTUÁLNÍ - S potratem jsem ztratila i část sebe

S *potratem jsem ztratila i část sebe*, jak nadpoloviční většina žen podstupujících chirurgický zákrok 53,8%, tak farmakologickou léčbu, 66,7% žen s tvrzením nesouhlasí. (Graf 46)



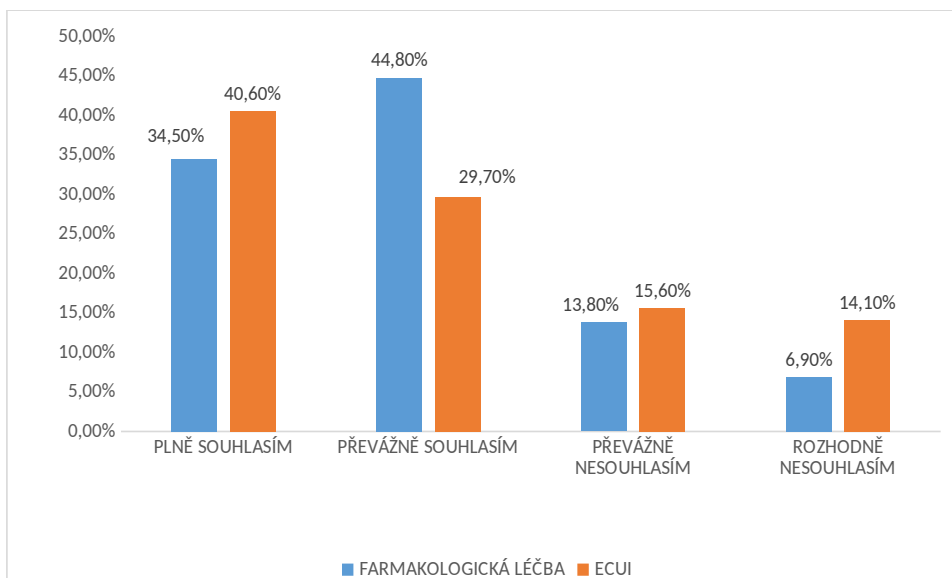
Graf 47 Ot. 16.7 - OHLÉDNUTÍ ZPĚT - S potratem jsem ztratila i část sebe

V tomto grafu (Graf 47) procentuální nesouhlas u skupiny žen s ECUI na velmi podobných hodnotách, jakož tomu bylo i u předchozího grafu u skupiny *aktuální*, rovná se 52,3%. Oproti tomu u farmakologické léčby souhlas s tvrzením, že *s potratem jsem ztratila i část sebe* u předchozí skupiny zvolilo 33,3% respondentek, u skupiny *ohlédnutí zpět* takto volilo 60% žen.



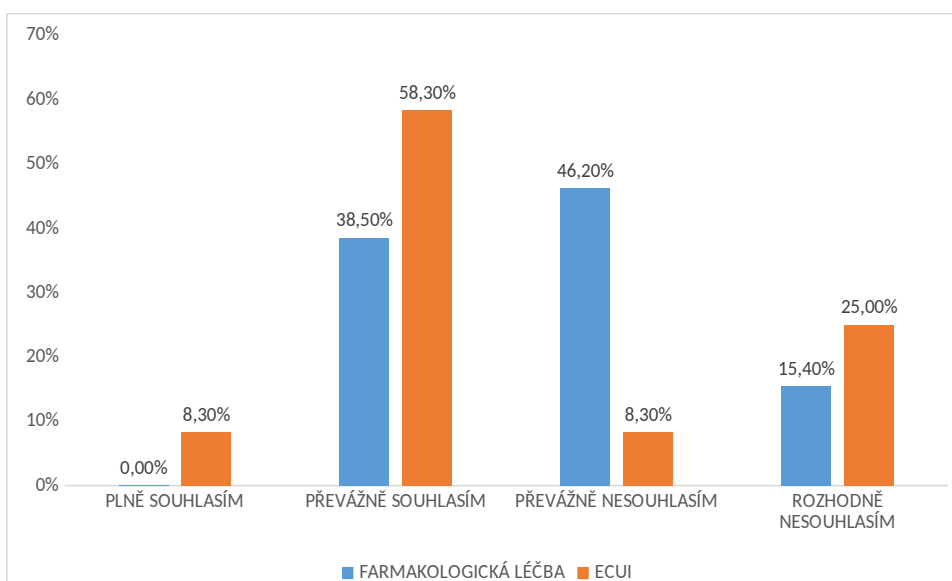
Graf 48 Ot. 16.8 - AKTUÁLNÍ - Cítím, že v mém srdci bude vždy místo pro potracené dítě

Cítím, že v mém srdci bude vždy místo pro potracené dítě. Zde u farmakologického řešení mírně převažuje svými 55,6% nesouhlas s tímto tvrzením. Oproti tomu po ECUI 77% žen z pozorovaného souboru vyjádřilo s tímto tvrzením souhlas. (Graf 48)



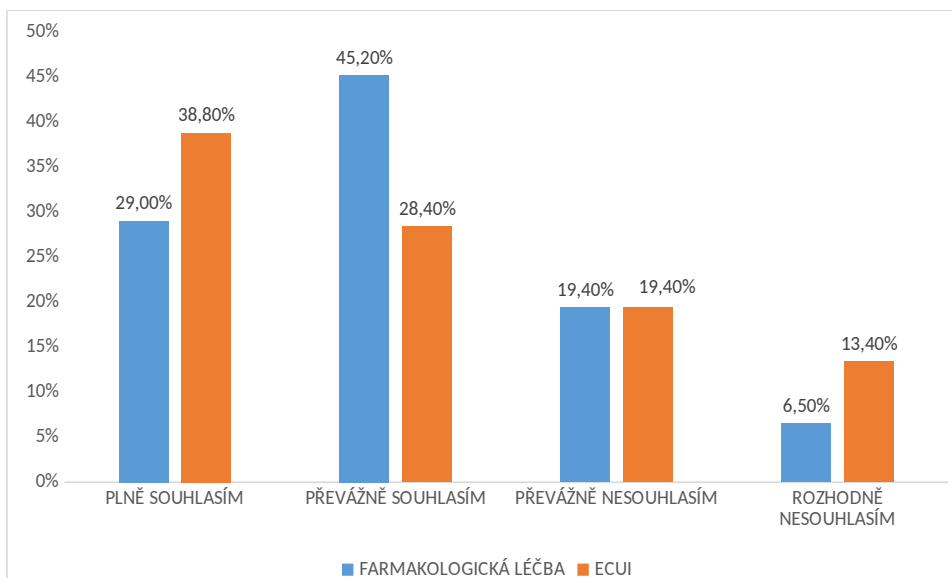
Graf 49 Ot. 16.8 - OHLÉDNUTÍ ZPĚT - Cítím, že v mém srdci bude vždy místo pro potracené dítě

V tomto grafu (Graf 49) je oproti grafu ze skupiny *aktuální* nadpoloviční souhlas vyjádřen oběma dvěma skupinami a to stran ECUI 70,3% a stran užití Misoprostolu 79,3%.



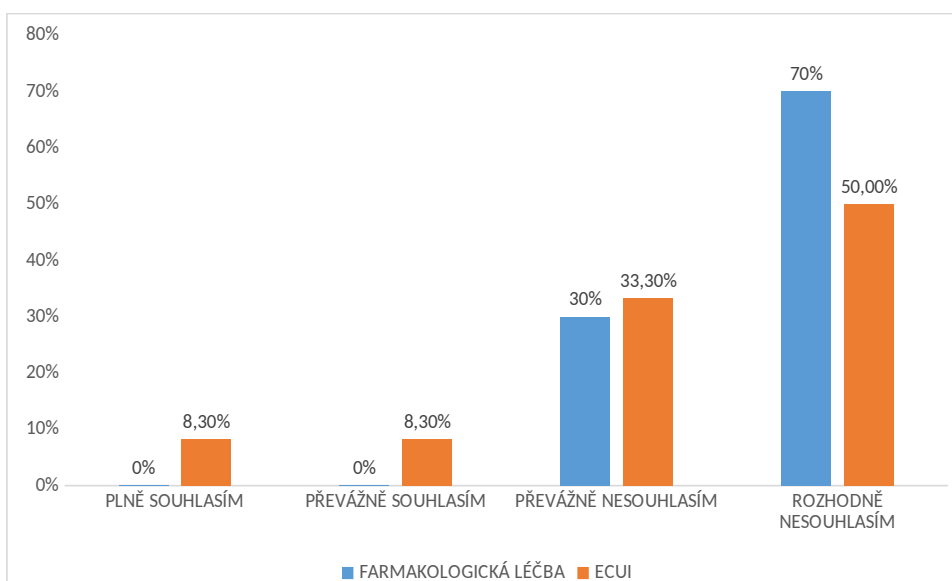
Graf 50 Ot. 16.9 - AKTUÁLNÍ - Po potratu mám pocit, jako bych ztratila blízkou osobu

Pocit žen, jako by ztratily blízkou osobu po zamklém těhotenství cítilo 66,6% žen, které zvolily chirurgický výkon a 38,5% žen, jež zvolily farmakologickou léčbu. Naopak 61,6% žen, které zvolily farmakologickou léčbu s tímto tvrzením nesouhlasí a s tím se ztotožňuje i 33,3% žen, jež podstoupily léčbu chirurgickou. (Graf 50)



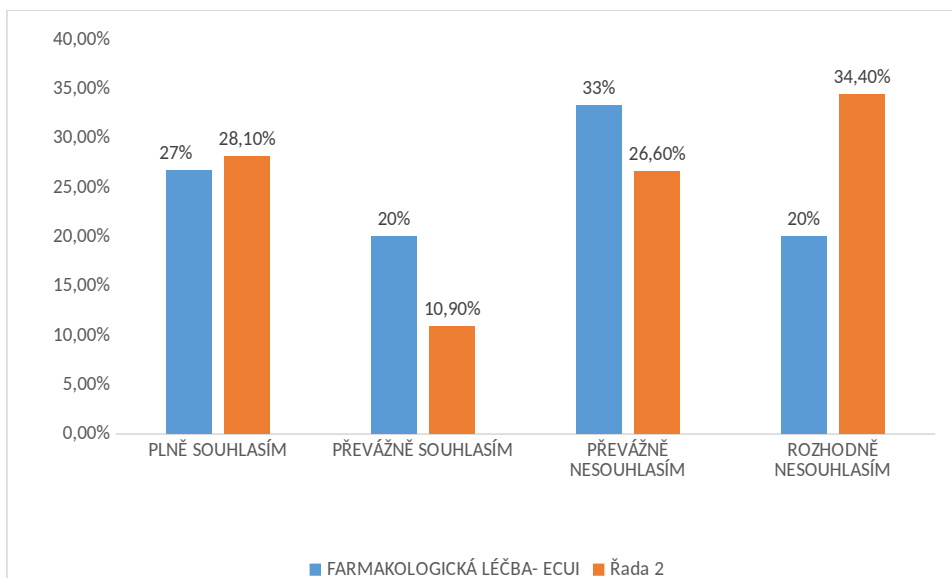
Graf 51 Ot. 16.9 - OHLÉDNUTÍ ZPĚT - Po potratu mám pocit, jako bych ztratila blízkou osobu

U druhé skupiny žen (*ohlédnutí zpět*) se souhlas s tvrzením, že mají pocit jako by po potratu ztratily blízkou osobu, vyskytoval ve vyšší míře, než u skupiny *aktuální*. Souhlas vyjádřilo 67,2% žen po ECUI a 74,2% žen po farmakologické léčbě.



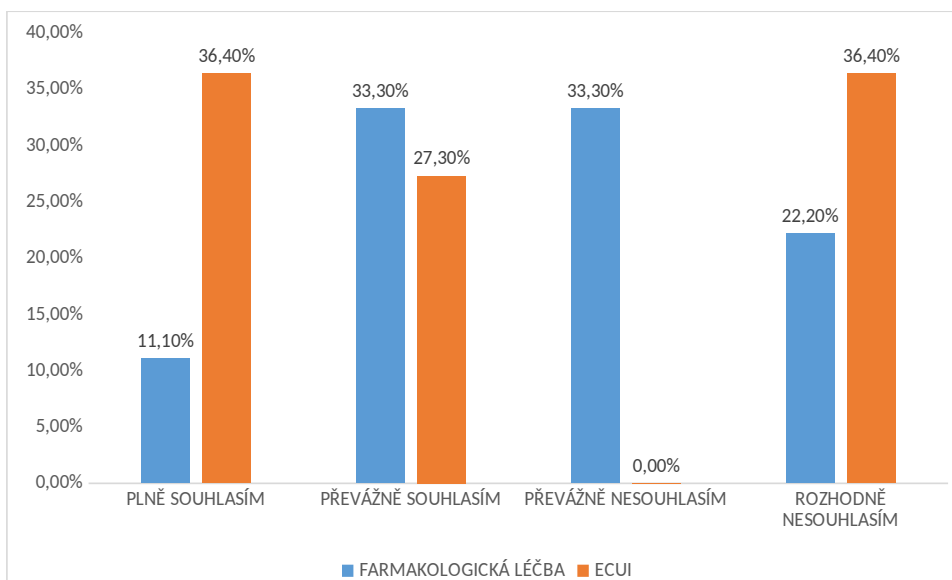
Graf 52 Ot. 16.10 - AKTUÁLNÍ - Vadí mi, když mé (naše) potracené dítě nazývají plodem

Desátou otázkou ze souboru otázek RIMS je škálově hodnocený souhlas či nesouhlas se skutečností, zda ženám vadí, když je jejich potracené dítě nazýváno plodem. U žen po farmakologické léčbě byl souhlas s tímto tvrzením roven 0%. U žen po ECUI se souhlas vyskytuje v 16,6% případů. (Graf 52)



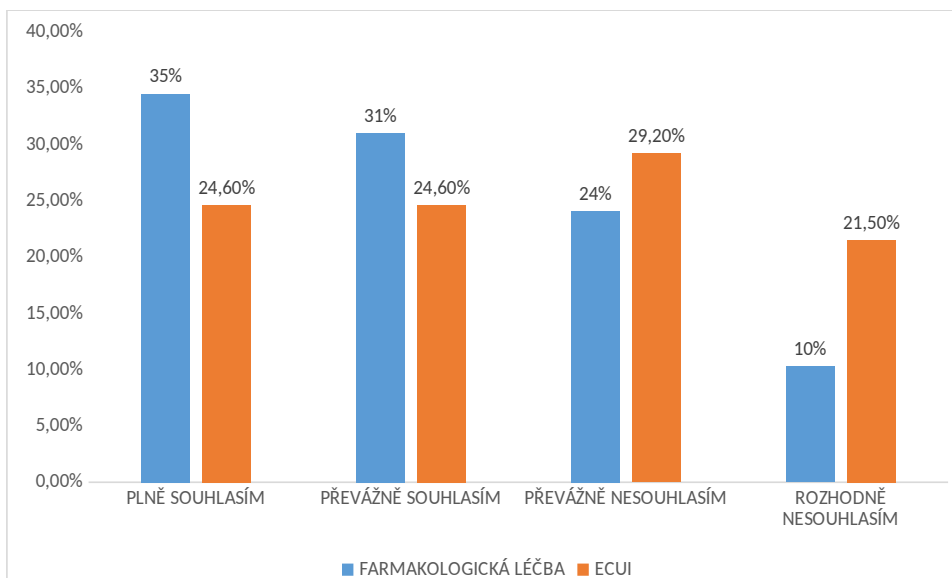
Graf 53 Ot. 16.10 - OHLÉDNUTÍ ZPĚT - Vadí mi, když mé (naše) potracené dítě nazývají plodem

Na rozdíl od žen ze skupiny tzv. *aktuální*, kde souhlas s tímto tvrzením vyjádřilo pouze 16,6% žen a to jen po chirurgickém zákroku, zde, u skupiny tzv. *ohlédnutí zpět*, můžeme vidět souhlas s tímto tvrzením, jak u pacientek po ECUI a to v 39%, tak u pacientek po farmakologické léčbě v 46,7% případů. Nesouhlas s tímto tvrzením je zde vyjádřen 53,3% případů stran farmakologické léčby a 61% v případě léčby chirurgické. (Graf 53)



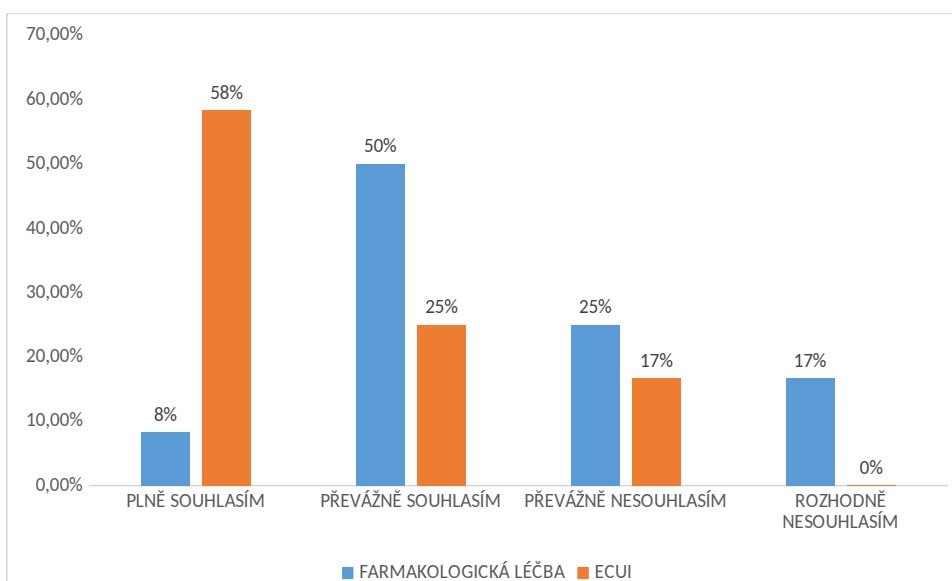
Graf 54 Ot. 16.11 - AKTUÁLNÍ - Stále se držím myšlenky, že mé potracené dítě bude dál existovat v mé mysli

Ženy, jež preferovaly farmakologickou léčbu, souhlasí s tvrzením, že se stále drží myšlenky, že jejich potracené dítě bude dál existovat v jejich mysli ve 44,4%, ženy volící ECUI v 63,7% případů. Nesouhlas s tímto výrokem vyjádřilo 36,4% žen po chirurgické léčbě a 55,5% žen po léčbě farmakologické. (Graf 54)



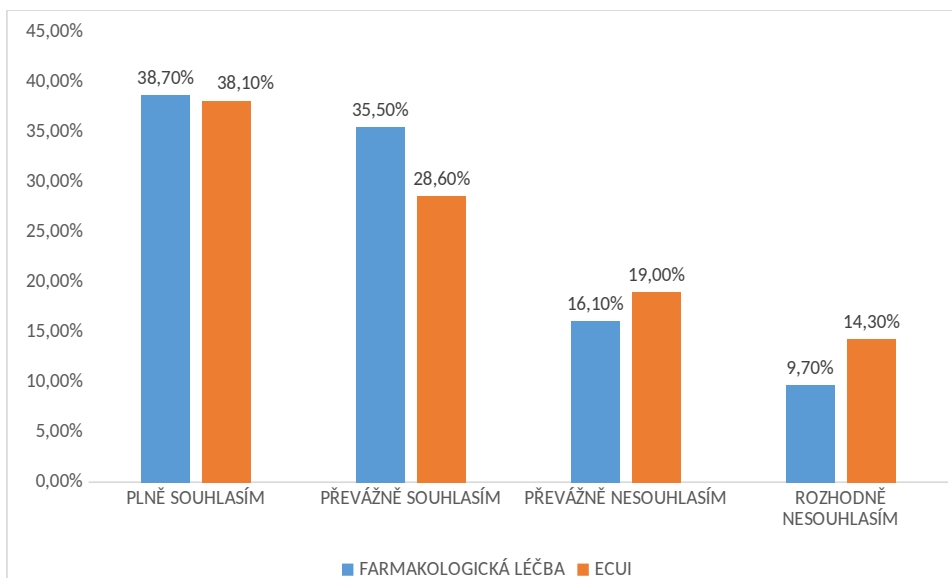
Graf 55 Ot. 16.11 - OHLÉDNUTÍ ZPĚT - Stále se držím myšlenky, že mé potracené dítě bude dál existovat v mé mysli

V grafu č. 38 (Graf 55) je zobrazeno zastoupení 65,5% žen po farmakologické léčbě a 49,2% žen po ECUI vyjadřující souhlas s tímto tvrzením. Oproti tomu nesouhlas vyjádřilo 34,4% žen po farmakologické a 50,7% žen po chirurgické léčbě.

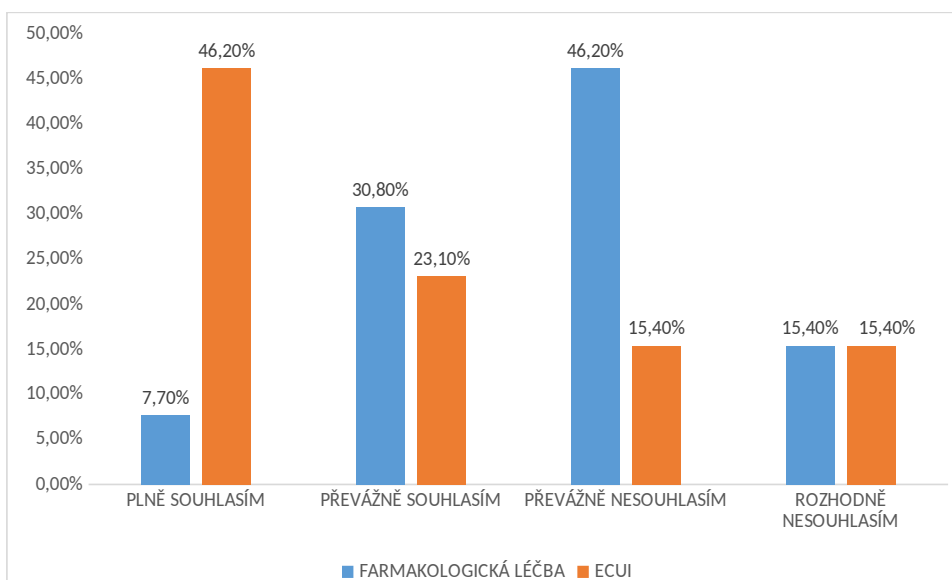


Graf 56 Ot. 16.12 - AKTUÁLNÍ - Můj (náš) potrat byl strašná, zničující zkušenost

Potrat bývá často popisován jako zničující událost. S tímto tvrzením souhlasí i 83,3% žen podstupujících chirurgický zákrok pro řešení zamlklého těhotenství a 58,3% žen po farmakologické léčbě. (Graf 56) V následujícím grafu (Graf 57) u skupiny *ohlédnutí zpět* s tímto tvrzením souhlasí 74,2% žen po farmakologické léčbě a 66,7% po léčbě chirurgické.

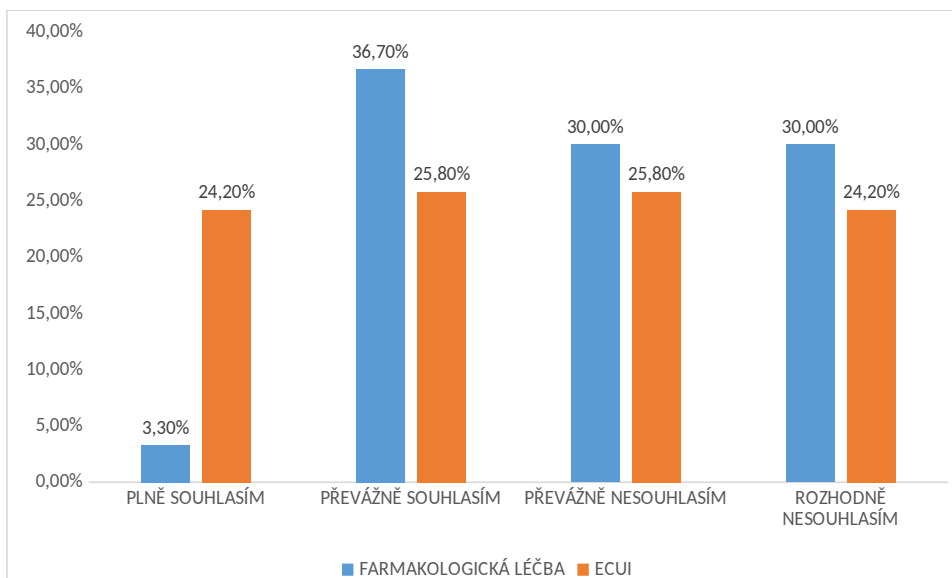


Graf 57 Ot. 16.12 - OHLÉDNUTÍ ZPĚT - Můj (náš) potrat byl strašná, zničující zkušenost

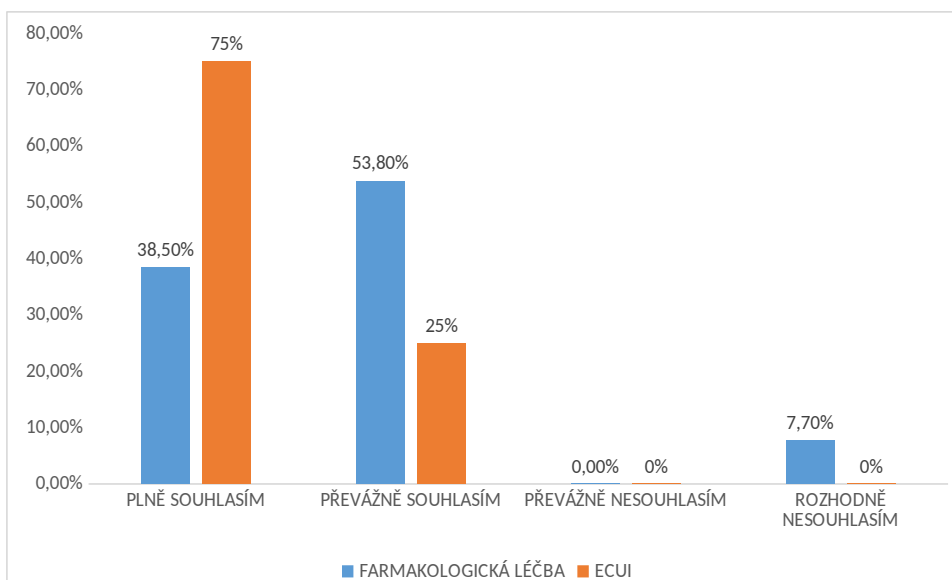


Graf 58 Ot. 16.13 - AKTUÁLNÍ - Potrat pro mě představuje velkou ztrátu kontroly

Další situace jež je spojována s potratem se týká velké ztráty kontroly. S tímto tvrzením souhlasí 69,3% žen po ECUI a 38,5% žen po farmakologické léčbě. (Graf 58) U skupiny žen, u nichž došlo k zamlklému těhotenství v období maximálně posledních pěti let, tzv. *ohlédnutí zpět*, s tímto tvrzením souhlasí 50% žen po chirurgickém zákroku a 40% žen podstupujících farmakologickou léčbu. (Graf 59)

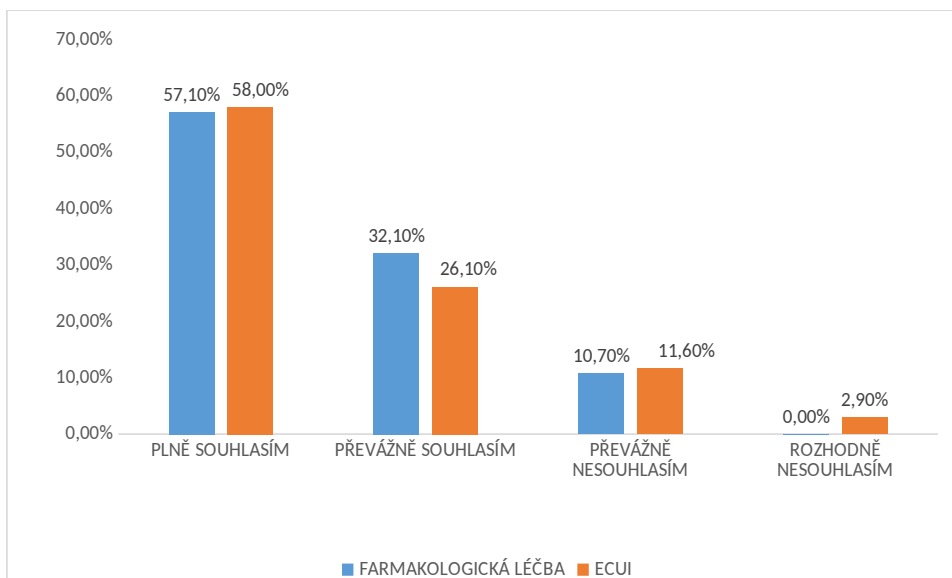


Graf 59 Ot. 16.13 - OHLÉDNUTÍ ZPĚT - Potrat pro mě představuje velkou ztrátu kontroly

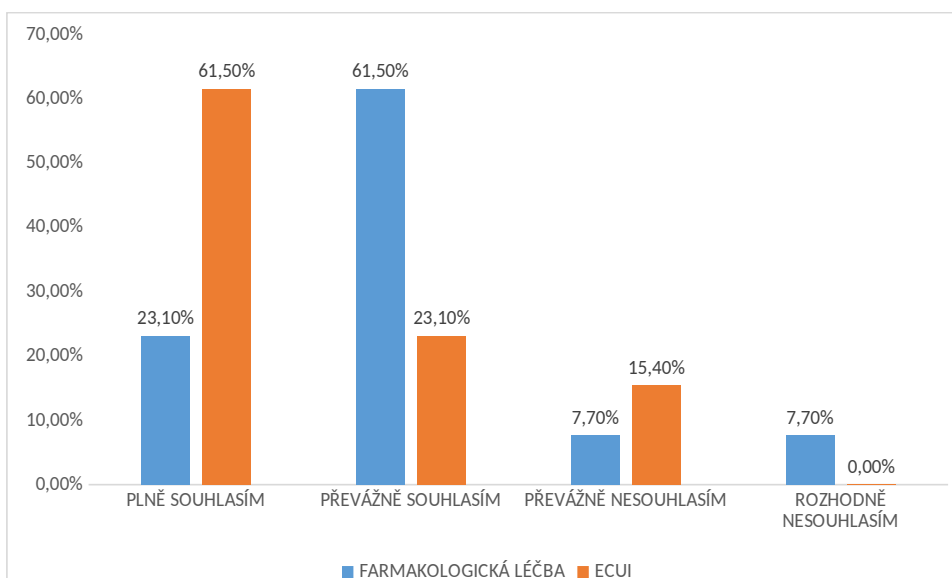


Graf 60 Ot. 16.14 - AKTUÁLNÍ - Potrat je jako dostat se z jednoho extrému, absolutního štěstí, do druhého, absolutního neštěstí

Potrat je jako dostat se z jednoho extrému, absolutního štěstí, do druhého, absolutního neštěstí. S tímto souhlasí z aktuální skupiny 100% dotazovaných žen, jež podstoupily chirurgickou léčbu a 92,3% žen po farmakologické léčbě. (Graf 60) Z druhé skupiny tzv. ohlédnutí zpět s tímto tvrzením souhlasí 89,2% žen po farmakologické léčbě a 84,1% žen po ECUI. (Graf 61)



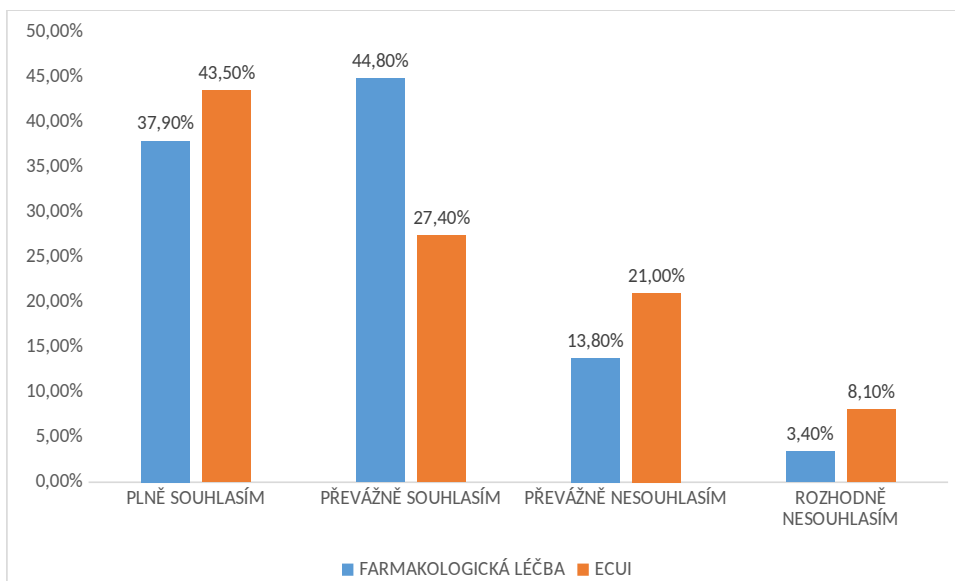
Graf 61 Ot. 16.14 - OHLÉDNUTÍ ZPĚT - Potrat je jako dostat se z jednoho extrému, absolutního štěstí, do druhého, absolutního neštěstí



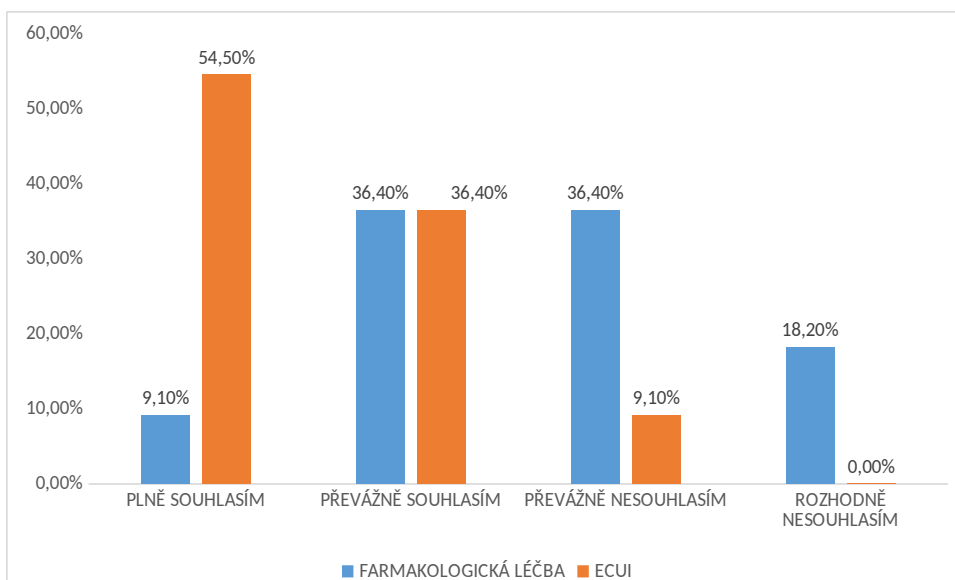
Graf 62 Ot. 16.15 - AKTUÁLNÍ - Potrat je pro mě noční můrou

Další škálově hodnoceným stanoviskem je postoj, že potrat pro ženu představuje noční můru. S tímto stanoviskem se ztotožňuje 84,6% žen po farmakologické léčbě a 84,6% žen po ECUI. (Graf 62)

Ze skupiny žen, jež se se zamlklým těhotenstvím setkaly v předchozích pěti letech s tímto postojem souhlasí 82,7% žen po farmakologické léčbě a 70,9% žen po ECUI. (Graf 63)



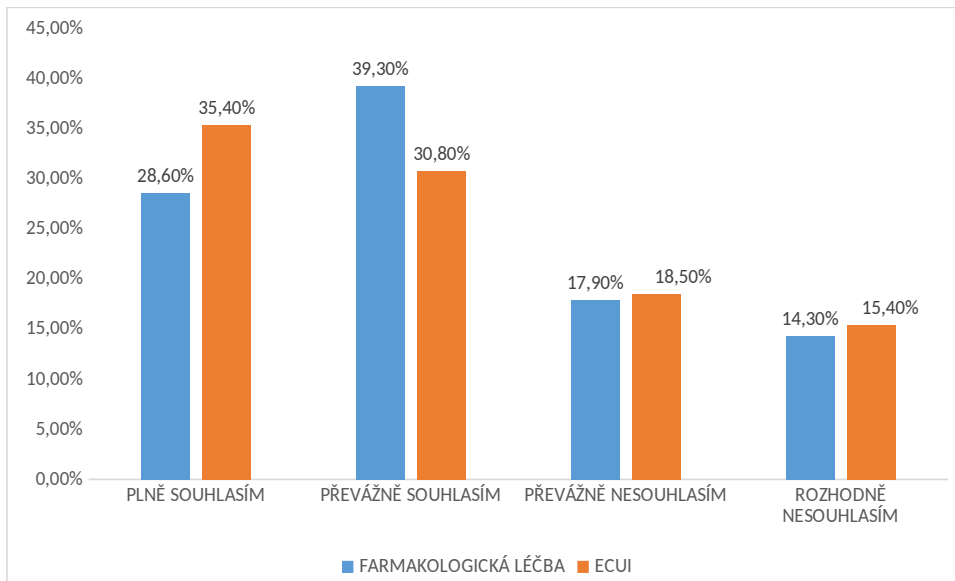
Graf 63 Ot. 16.15 - OHLÉDNUTÍ ZPĚT - Potrat je pro mě noční můrou



Graf 64 Ot. 16.16 - AKTUÁLNÍ - Můj (naš) potrat pro mě představuje velký neúspěch

Pro některé ženy potrat představuje velký neúspěch. S tímto stanoviskem souhlasí z první skupiny 90,9% žen po ECUI a 45,5% žen po farmakologické léčbě. (Graf 64)

Ze skupiny druhé se s tímto tvrzením ztotožňuje 66,2% žen po chirurgickém zákroku a 67,9% žen po farmakologickém řešení. (Graf 65)



Graf 65 Ot. 16.16 - OHLÉDNUTÍ ZPĚT - Můj (náš) potrat pro mě představuje velký neúspěch

7. DISKUZE

Hlavním cílem této práce bylo porovnat a zhodnotit rozdíly ve vnímání těhotenské ztráty spojené se zamlklým těhotenstvím v závislosti na zvoleném typu managementu léčby.

Z celkem 16 škálových otázek, zaměřujících se na dopad těhotenské ztráty na psychiku pacientky, můžeme u *aktuální* skupiny pozorovat převyšující procentuální zastoupení na straně souhlasu, a to u 13 výroků z 16, u pacientek po ECUI. Na druhé straně, pacientky po farmakologické léčbě vyjadřují převyšující souhlasné stanovisko s daným tvrzením pouze u 3 výroků z 16. Z toho vyplývá, že z pozorovaného vzorku se farmakologická léčba ukázala jako metoda volby s menší psychickou zátěží.

U skupiny *ohlédnutí zpět*, z celkových 16 škálových otázek, bylo u žen podstupujících chirurgickou léčbu pozitivně vnímáno 10 tvrzení z 16. Další dvě tvrzení poté zastupuje souhlasné stanovisko v přesně 50%. Skupinou, jež zastupují ženy po farmakologické léčbě, byl v tomto případě vyjádřen většinový souhlas s 11 výroky z 16, což v tomto případě u pozorovaného souboru značí vnímání chirurgické léčby, jakožto méně psychicky zatěžující.

Zdroje zabývající se stejnou problematikou, kterou je samotný název této práce, jsou například A. Fernlund et al., kteří ve svém článku *Psychological impact of early miscarriage and clientsatisfaction with treatment* uvádí, že studie neprokázala vazbu emocionální reakce po časně těhotenské ztrátě na zvolenou metodu léčby. (44)

Helena Volgsten et al. oproti tomu uvádí, jakožto výsledek svého výzkumu, metodu ECUI jako méně zatěžující pro psychickou pohodu pacientek. Autoři se zde taktéž opírají o výsledky dotazníkového šetření RIMS a argumentují efektivitou a nejkratším trváním léčby z nabízených metod. (45) Tomuto odpovídají výsledky této studie ve skupině ohlédnutí zpět, kde můžeme diskutovat vliv časového faktoru.

Z časového hlediska je u otázky č. 16.3 zajímavé porovnání stanoviska u skupiny *aktuální* a skupiny *ohlédnutí zpět* ohledně tvrzení: *Cítím, že mě mé tělo zradilo*. Zatímco z *aktuální* skupiny 83,3% žen podstupujících chirurgickou léčbu s tvrzením souhlasí, ze skupiny *ohlédnutí zpět* se jedná pouze o 62,3%, čili se oproti skupině *aktuální* jedná o 21% pokles souhlasného postoje k tomuto tvrzení. Dalo by se tedy usuzovat, že s časovým odstupem ženy méně vinní své tělo za těhotenskou ztrátu. U této a několika dalších otázek je také neomylně pozorovatelné zastoupení role času v procesu truchlení a smutku. Bylo velmi zajímavé sledovat rozdílnost odpovědí s prodlužujícím se intervalem mezi proběhlou ztrátou a termínem vyplnění dotazníku. Z této pozice si dovoluji tvrdit, že smutek měl napříč časovým spektrem slábnoucí tendenci. Tento výrok potvrzují výsledky studie Volgsten et al., kde autoři taktéž využívají RIMS dotazník k hodnocení psychického stavu pacientky po časně těhotenské ztrátě. Ženy zde byly rozděleny do skupin dle zvolené metody léčby (farmakologická či chirurgická) a dotazníky byly respondentkám předkládány opakovaně. Výsledky studie potvrzují, že intenzita prožitku smutku vázaná na prožitek zamlklého těhotenství se snížila již po 4 měsících. (45)

Dalším příkladem, který bych zde ráda uvedla, jsou rozdíly v pocitu izolace. 58,4% žen po ECUI se na hodnotící škále přiklání k nesouhlasu s tímto tvrzením. K nesouhlasu se kloní i ženy po farmakologické léčbě a toto zastoupení tvoří 83,3%. Lze tedy konstatovat, že u pozorovaného vzorku pacientek se projevovaly větší problémy s pocitem izolace u pacientek po chirurgické léčbě. Poměrně markantní rozdíl v *aktuální* skupině a skupině *ohlédnutí zpět*, tvoří 54,8% žen ze skupiny *ohlédnutí zpět* po farmakologické léčbě klonících se k souhlasu, oproti skupině *aktuální*, kde se jednalo o pouhých 16,7%. S odstupem času je zde tedy poměrně velký nárůst pocitu izolace. Tento výsledek bych pravděpodobně přisuzovala malému vzorku respondentek skupiny *aktuální*.

V tomto dotazníku se vyskytují také otázky, u kterých se respondentky v odpovědích téměř shodují, a zvolená metoda léčby zde nehraje roli. Jedná se o tvrzení: *Cítím, že v mém srdci bude vždy místo pro potracené dítě* a *Po potratu mám pocit, jako bych ztratila blízkou osobu*. Shledáváme se zde s převážně souhlasnými tvrzeními a můžeme pozorovat, že i s časovým odstupem ženy stále vzpomínají na své nenarozené dítě jako na součást rodiny.

Prvním z vedlejších cílů bylo zjistit, jaká z nabízených metod managementu zamlklého těhotenství je ženami preferována. Dle *National register data are of value in studies on miscarriage*, výzkum probíhající ve Finsku, ukazuje farmakologickou léčbu, jako metodu volby u 73,4% žen. Primární chirurgickou léčbu zde volí pouhých 26,1% žen (46) Dle metaanalýzy vyhodnocující metodu volby řešení zamlklého těhotenství volilo farmakologickou metodu 3017 žen, oproti metodě ECUI, jež zvolilo pouze 1766 žen. (47) Oproti tomu v našem souboru volilo 61,7% respondentek ECUI a 38,3% farmakologickou léčbu

Hodnoty BMI jsou řazeny mezi rizikové faktory pro vznik zamlklého těhotenství. (48) V pozorovaném vzorku pacientek se mimo rizikovou skupinu nachází 83,1%, tudíž tato studie toto tvrzení nepotvrzuje.

Posledním vedlejším cílem a zároveň první otázkou v dotazníku je zobrazení procentuální zastoupení věku žen, ve kterém k zamlklému těhotenství došlo. Nejvíce zastoupenou skupinou se zde ukázala skupina žen nad 30 let věku. Předpokládám, že toto východisko souvisí i s následující otázkou, kde se ukázalo, že dotazníkové šetření podstoupily v největší míře vysokoškolsky vzdělané ženy. Tento můj předpoklad potvrzuje například americká studie z roku 2015, jejíž výsledky poukazují na skutečnost, že došlo k nárůstu 18% porodů u žen ve věku 30-34 let, 5 % u žen ve věku 35-39 let, 8 % u žen ve věku 40-44 let a 26 % u žen ve věku 45-54 let. (49) Předpokládá se posouvání demografického prahu věku pro první těhotenství hned z několika důvodů. Jedním z indikátorů mohou být společenské změny ve vyspělých zemích, mezi které Česká republika nepochybně patří. Ženy mnohdy upřednostňují vzdělání a kariéru před zakládáním rodiny v nízkém věku, což se při dosavadních metodách antikoncepce a rozvoji dostupnosti asistované reprodukce již nejeví tak problematické. Vyšší věk těhotné je ovšem spojen s četnými riziky a vyššími těhotenskými ztrátami v prvním trimestru těhotenství. Výše zmíněná studie poukazuje na zvýšené riziko těhotenské ztráty s rostoucím věkem matky nad 30 let věku. (49) V mé studii se vyskytuje 69,5% žen starších

30 let, které splňují věkové kritérium vyššího rizika, výsledek také odpovídá mezinárodním demografickým trendům.

Silnou stránkou této práce je, že se zabývá stále ještě málo zkoumanou problematikou, která se však týká vysokého počtu žen a dle demografických trendů lze očekávat, že těchto žen, popřípadě párů, bude stále přibývat. Slabinou této práce je nízký vzorek respondentek ve skupině aktuální a také to, že faktor času, který je nepochybně stěžejní, je porovnáván ve vztahu ke kontrolní skupině. Vzhledem k časové dotaci však nebylo možné tento důležitý aspekt zpracovat jinak.

8. ZÁVĚR

Tato bakalářská práce byla prací teoreticko-praktickou a byla zaměřena na dopad zvoleného management zamlklého těhotenství na psychický stav ženy.

V teoretické části je představen vznik a vývoj těhotenství, jeho fyziologie a změny v organismu těhotné ženy, trvání jeho délky a poruchy tohoto trvání, zamlklé těhotenství a možnosti jeho řešení, příčiny a rizika samovolného potratu a psychosociální intervence v jeho průběhu.

Prostřednictvím praktické části jsou představeny a analyticky zpracovány základní anamnestické údaje, anamnestické údaje vztahující se k zamlklému těhotenství a informace týkající se míry dopadu těhotenské ztráty na psychiku ženy. Dopad na psychický stav ženy je zde dán do souvislosti se zvolenou metodou léčby a uplynulým časem od proběhlé ztráty. Z celkových výsledků je patrné, že farmakologická metoda je pro ženy stran psychické zátěže méně zatěžující. Z možnosti přiložení komentáře u online verze dotazníků se zdá, že u mnohých žen nemusela nutně psychickou zátěž zvyšovat právě jimi zvolená metoda ECUI, ale například poměrně často uváděný neempatický přístup zdravotnického personálu, kdy se jednalo například o oznámení diagnózy či přístup u zákroku “jak na běžícím páse”. V této sekci ženy také uvádí velký psychický posun a úlevu s následujícím těhotenstvím či porodem.

Téma zamlklého těhotenství je často tabuizovaným tématem a moc se o něm nemluví. Při tom 10-15% všech těhotenství končí samovolným potratem (2) a z toho 1% právě zamlknutím. (1)

Tato bakalářská práce je zároveň snahou o rozšíření povědomí o této problematice, neboť jak vyplývá z grafu č. 11 (Graf 28), 44,8% žen, jež se zúčastnily dotazníkového šetření, o problematice zamlklého těhotenství před vlastní zkušeností nevědělo.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. missed-miscarriage. *fertilityauthority*. [Online] 2013. [Cited: 4 8, 2023.] <http://www.fertilityauthority.com/fertility-issues/miscarriage/missed-miscarriage>.
2. REDINGER, Ashley and NGUYEN, Hao. Neúplné potraty. *National Library of Medicine*. [Online] 6 27, 2022. [Cited: 4 8, 2023.] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559071/>.
3. HÁJEK, Zdeněk, ČECH, Evžen and MARŠÁL, Karel. *Porodnictví*. 3. Praha : Garda, 2014. 978-80-247-4529-9.
4. PROCHÁZKA, Martin. *Porodní asistence*. Praha : Maxdorf, 2020. 978-80-7345-618-4.
5. SLÍPKA, Jaroslav and TONAR, Zbyněk. *Základy embryologie*. 2. Praha : nakladatelství Karolinum, 2019. ISBN isbn978-80-246-4179-9.
6. VACEK, Zdeněk. *Embryologie*. Praha : Garda, 2006. 978-80-247-1267-3.
7. SADLER, T. W. *Langmanova lékařská embryologie*. Praha : Garda, 2011. 9788024726403.
8. MALÍNSKÝ, Jiří and LICHNOVSKÝ, Václav. *Přehled embryologie člověka v obrazech*. Olomouc : Univerzita Palackého, 2006. 80-244-1273-X.
9. PAŘÍZEK, Antonín and kolektiv, a. *Analgie a anestezie v porodnictví*. 2. Praha : Galén, 2012. 978-80-7262-893-3.
10. SOMA-PILLAY, P., et al. Physiological changes in pregnancy. *Cardiovascular Journal of Africa*. 2, march/april 2016, Vol. 27, pp. 89-94.
11. SHAND, Antonia W. Iron preparations for iron deficiency anaemia in pregnancy: which treatment is best? *The Lancet Haematology*. 7, 5 2021, Vol. 8.
12. LAIN, Kristlne Y. and CATALANO, Patrick M. Metabolic changes in pregnancy. *Clinical Obstetrics & Gynecology*. Dec 2007, Vol. 50, 4.
13. PAŘÍZEK, Antonín. *Kniha o těhotenství, porodu a dítěti. Kniha první, těhotenství*. Praha : Galén, 2015. 978-80-7492-214-5.
14. (ČGPS), Česká gynekologická a porodnická společnost and JEP), České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (ČLS. Doporučené postupy ČGPS ČLS JEP - Zásady dispenzární péče v těhotenství. *GynUltrazvuk.cz*. [Online] 01 2021. [Cited: 03 31, 2023.] <https://www.gynultrazvuk.cz/doporucene-postupy>.
15. —. Doporučené postupy - Pravidelná ultrazvuková vyšetření v průběhu prenatální péče. *Sekce perinatologie a fetomaternální medicíny*. [Online] 03 2019. [Cited: 02 16, 2023.] <https://www.perinatologie.eu/doporucene-postupy/>.
16. Lawrensia, Sherly and Khan, Yusuf S. inferior vena cava syndrome. *National library of medicine*. [Online] 5 12, 2022. [Cited: 03 29, 2023.] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560885/>.

17. (ČGGS), Česká gynekologická a porodnická společnost and JEP), České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (ČLS. doporučené postupy - Gestační diabetes mellitus. *Perinatologie.eu*. [Online] 05 2019. [Cited: 02 16, 2023.] <https://www.perinatologie.eu/doporucene-postupy/>.
18. GYNWEB. Braxton Hicks kontrakce aneb když tvrdne břicho. *GYNWEB.cz*. [Online] 11 13, 2015. [Cited: 03 30, 2023.] <https://www.gynweb.cz/tehotenstvi-a-porod/tehotenstvi/braxton-hicks-kontrakce-aneb-kdyz-tvrdne-bricho>.
19. LACRIOX, Guillaume, et al. MDPI. *The Cervicovaginal Mucus Barrier*. [Online] 11 04, 2020. [Cited: 04 01, 2023.] <https://doi.org/10.3390/ijms21218266>.
20. LUBUŠSKÝ, M., et al. doporučené postupy - Doporučení k provádění prevence RhD aloimunizace u RhD negativních žen. *GynUltrazvuk.cz*. [Online] 5 1, 2013. [Cited: 2 16, 2023.] <https://www.gynultrazvuk.cz/doporucene-postupy>.
21. Hamiltonův hmat: Může urychlit porod? Zkušenosti a rizika. *iFarmacie.cz*. [Online] 3 7, 2023. [Cited: 3 30, 2023.]
22. KOUCKÝ, Michal. hrozící, samovolný a zamlklý potrat. *Porodnice.cz*. [Online] 2014. [Cited: 1 4, 2023.] <http://www.porodnice.cz/clanky/hrozici-samovolny-a-zamlkly-potrat>.
23. s.r.o., Mother-Care-Centrum. UHNÍZDĚNÍ, NIDACE, IMPLANTACE OPLOD. VAJÍČKA. *PORODNICE.cz*. [Online] 2014. [Cited: 3 23, 2023.] <http://www.porodnice.cz/tehotenstvi-a-z/uhnizdeni-nidace-implantace-oplod-vajicka>.
24. Krajčovičová, Renáta, et al. Mechanismus implantace embrya. *proLékaře.cz*. [Online] 1 2012. [Cited: 4 13, 2023.] <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticka-gynekologie/2012-1/mechanismus-implantace-embrya-38576>.
25. MARION, LAURA L. BS and MEEKS, GEORGE RODNEY MD. Ectopic Pregnancy - History, Incidence, Epidemiology, and Risk Factors. *Clinical Obstetrics and Gynecology*. 4 2012, pp. 376-386.
26. Placenta accreta. *Medicalfoxx*. [Online] 2015. [Cited: 3 31, 2023.] <https://medicalfoxx.com/placenta-accreta.html>.
27. ALVES, Clark and RAPP, Amanda. Spontaneous Abortion. *National library of medicine*. [Online] 5 18, 2022. [Cited: 2 5, 2023.] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560521/>.
28. Dan, Li, et al. The Role of Immune Cells in Recurrent Spontaneous Abortion. *Springer Link*. [Online] 4 8, 2021. [Cited: 2 21, 2023.] <https://link.springer.com/article/10.1007/s43032-021-00599-y>.
29. Management od miscarriage. *The Miscarriage Association*. [Online] 10 2020. [Cited: 11 16, 2022.] . <https://www.miscarriageassociation.org.uk/wpcontent/uploads/2016/10/Management-of-Miscarriage-Oct-2020.pdf>.
30. safe2choose. How to use Misoprostol for Abortion. *Safe2choose*. [Online] 2020. [Cited: 1 4, 2023.] <https://safe2choose.org/safe-abortion/abortion-pills/abortion-with-misoprostol>.

31. JEP, Česká gynekologická a porodnická společnost ČLS. Evakuace (vyprázdnění) a revize (kontrola) děložní dutiny po potratu. *nzip.cz*. [Online] 2023. [Cited: 1 18, 2023.] <https://www.nzip.cz/clanek/1485-evakuace-a-revize-delozni-dutiny-po-potratu>. 2695-0340.
32. Instrumentální revize po samovolném potratu. *europEGYN*. [Online] 2023. [Cited: 2 4, 2023.] <https://europEGYN.cz/zakrok/instrumentalni-revize-po-samovolnem-potratu/>.
33. TAKÁCS, Lea, SOBOTKOVÁ, Daniela and ŠULOVÁ, Lenka. *Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace*. Praha : Garda, 2015. 978-80-247-5127-6.
34. KAST, Verena. *Krise a tvořivý přístup k ní: typy životních krizí, jejich dynamika a možnosti krizové intervence*. Praha : Spektrum, 2000. 80-7178-365-x.
35. HARTL, Pavel and HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník* . Praha : Portál, 2000. 80-7178-303-x.
36. ATKINSONOVÁ, Rita L. and ATKINSON, Richard C. et al. *Psychologie*. Praha : Victoria publishing, 1995. 80-85605-35-X.
37. O'CONNOR, Marry-Frances and SEELEY, Saren H. Grieving as a form of learning: Insights from neuroscience applied to grief and loss. 8 19, 2021.
38. RATISLAVOVÁ, Kateřina and HRUŠKOVÁ, Zuzana. *Psychosociální podpora při úmrtí miminka. Průvodce pro učitele pomáhajících profesí*. Praha : Sekce dětské paliativní péče ČSPM ČLS JEP, 2020. 978-80-270-6935-4 .
39. ZEMÁKOVÁ, Kristina and MICHALOVÁ, Petra. *Komunikace s rodiči v situaci perinatální ztráty. Doporučení pro zdravotníky*. s.l. : Unie porodních asistentek, z. s., 2021.
40. přeložila FREIOVÁ, Zora. *Našemu dítěti zemřel sourozenec*. Praha : Cesta domů, 2018. 978-80-88126-49-2.
41. webdilna. Pohřbívání. *DÍTĚ V SRDCI*. [Online] 2023. [Cited: 2 1, 2023.] <https://ditevsrdci.cz/cz/pohrbivani>.
42. Jansson C, Volgsten H, Huffman C, Skoog Svanberg A, Swanson KM, Stavreus-Evers A. Validation of the Revised Impact of Miscarriage Scale for Swedish conditions and comparison between Swedish and American couples' experiences after miscarriage. *The European Journal of Contraception & Reproductive*. 2017.
43. Body Mass Index, BMI. *Výpočet.cz*. [Online] [Cited: 4 9, 2023.] <https://www.bodymassindex.cz/>.
44. FERNLUND, A. et al. Psychological impact of early miscarriage and clientsatisfaction with treatment: comparison between expectantmanagement and misoprostol treatment in a randomizedcontrolled trial. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 10 13, 2021.
45. Helena Volgsten, Caroline Jansson, Elisabeth Darj, Anneli Stavreus-Evers. Women's experiences of miscarriage related to diagnosis, duration, and type of treatment. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 11 8, 2018.

46. Nea Helle, Maarit Niinimäki, Reetta Linnakaari, Anna But, Mika Gissler, Oskari Heikinheimo, Maarit Mentula. National register data are of value in studies on miscarriage—Validation of the healthcare register data in Finland. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 11 2022, Vol. 101, 11.
47. al., Bassel H. Al Wattar et. Management of first-trimester. *Human Reproduction Update*. 2019, Vol. 25, 3.
48. A. Borrell, I. Stergiotou. Miscarriage in contemporary maternal-fetal medicine: targeting clinical dilemmas. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*. 2013.
49. Emmanuel Attali, Attending physician at Lis Hospital for. The impact of advanced maternal age on pregnancy outcome. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 4 24, 2020, Vol. 70.

SEZNAM GRAFŮ

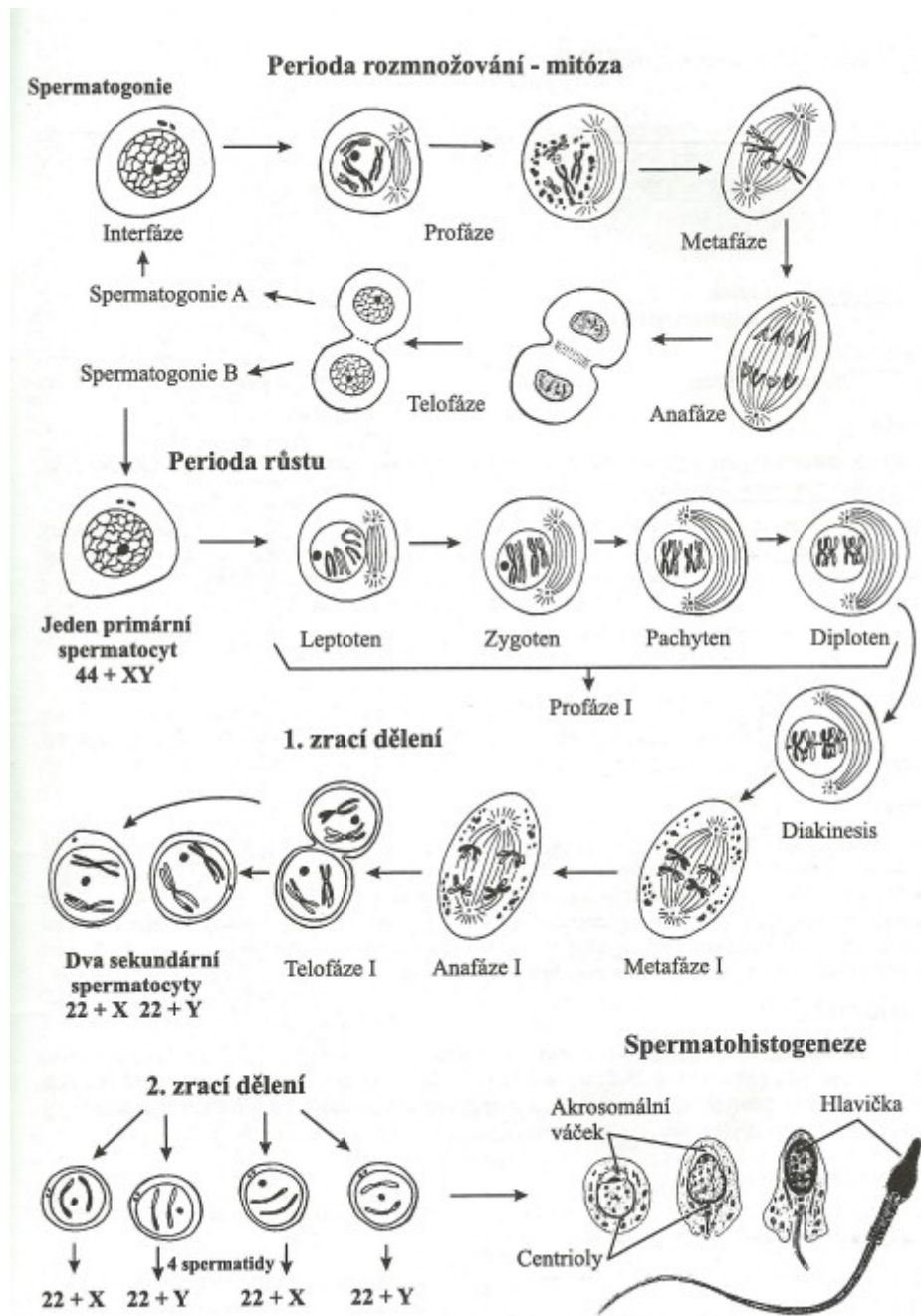
| | | |
|---------|--|------|
| Graf 1 | Procentuální zastoupení věku žen, kdy došlo k zamlklému těhotenství..... | 1-29 |
| Graf 2 | Nejvyšší ukončené vzdělání..... | 1-29 |
| Graf 3 | Demografie/ukazatel pobytu..... | 1-29 |
| Graf 4 | Procentuální zastoupení hodnot BMI u pacientek, jež prošly těhotenskou ztrátou..... | 1-30 |
| Graf 5 | Procentuální zobrazení počtu gravidit, včetně zamlklého těhotenství, či jiné těhotenské ztráty..... | 1-31 |
| Graf 6 | Procentuální zastoupení počtu dětí, jež pacientky již mají..... | 1-32 |
| Graf 7 | Procentuální zastoupení případů, kdy se ženy krom zamlklého těhotenství setkaly i s jinou formou těhotenské ztráty..... | 1-32 |
| Graf 8 | Tento graf zobrazuje procentuální zastoupení týdne těhotenství, ve kterém bylo ženám sděleno, že je těhotenství zamlklé..... | 1-33 |
| Graf 9 | Tento graf zobrazuje poměr plánovaných a neplánovaných těhotenství, kdy došlo k zamlklému těhotenství..... | 1-33 |
| Graf 10 | Procentuální zastoupení metod otěhotnění vztahující se k tomuto (zamlklému těhotenství)..... | 1-34 |
| Graf 11 | Informovanost žen o problematice zamlklého těhotenství před vlastní zkušeností (Věděla jste něco o problematice zamlklého těhotenství, než jste se s ním sama setkala?)..... | 1-34 |
| Graf 12 | Z jakého zdroje jste získala informace o problematice zamlklého těhotenství?..... | 1-35 |
| Graf 13 | Zvolená forma léčby..... | 1-35 |
| Graf 14 | Navštívila jste po této události psychologa/psychiatra?..... | 1-36 |
| Graf 15 | Začala jste po potratu užívat nějakou medikaci?..... | 1-36 |
| Graf 16 | Dělali jste nějakou formu rozloučení s vaším dítětem?..... | 1-36 |
| Graf 17 | Ot. 16.1 - AKTUÁLNÍ - Během své (naší) ztráty jsem se cítila velmi osaměle..... | 1-38 |
| Graf 18 | Ot. 16.1 - OHLÉDNUTÍ ZPĚT - Během své (naší) ztráty jsem se cítila velmi osaměle..... | 1-38 |
| Graf 19 | Ot. 16.2 - AKTUÁLNÍ - S potratem jsem ztratila chuť do života..... | 1-39 |
| Graf 20 | Ot. 16.2 - OHLÉDNUTÍ ZPĚT - S potratem jsem ztratila chuť do života..... | 1-39 |
| Graf 21 | Ot. 16.3 - AKTUÁLNÍ - Cítím, že mě mé tělo zradilo..... | 1-40 |
| Graf 22 | Ot. 16.3 - OHLÉDNUTÍ ZPĚT - Cítím, že mě mé tělo zradilo..... | 1-40 |
| Graf 23 | Ot. 16.4 - AKTUÁLNÍ - Cítím se vinna za mou (naší) ztrátu..... | 1-41 |
| Graf 24 | Ot. 16.4 - OHLÉDNUTÍ ZPĚT - Cítím se vinna za mou (naší) ztrátu..... | 1-41 |
| Graf 25 | Ot. 16.5 - AKTUÁLNÍ - S touto těhotenskou ztrátou jsem ztratila víru/hrdost v sebe sama. 1-42 | |
| Graf 26 | Ot. 16.5 - OHLÉDNUTÍ ZPĚT - S touto těhotenskou ztrátou jsem ztratila víru/hrdost v sebe sama..... | 1-42 |
| Graf 27 | Ot. 16.6 - AKTUÁLNÍ - Od potratu se cítím izolovaná od svého okolí..... | 1-43 |
| Graf 28 | Ot. 16.6 - OHLÉDNUTÍ ZPĚT - Od potratu se cítím izolovaná od svého okolí..... | 1-43 |
| Graf 29 | Ot. 16.7 - AKTUÁLNÍ - S potratem jsem ztratila i část sebe..... | 1-44 |
| Graf 30 | Ot. 16.7 - OHLÉDNUTÍ ZPĚT - S potratem jsem ztratila i část sebe..... | 1-44 |
| Graf 31 | Ot. 16.8 - AKTUÁLNÍ - Cítím, že v mém srdci bude vždy místo pro potracené dítě..... | 1-45 |
| Graf 32 | Ot. 16.8 - OHLÉDNUTÍ ZPĚT - Cítím, že v mém srdci bude vždy místo pro potracené dítě. 1-45 | |
| Graf 33 | Ot. 16.9 - AKTUÁLNÍ - Po potratu mám pocit, jako bych ztratila blízkou osobu..... | 1-46 |
| Graf 34 | Ot. 16.9 - OHLÉDNUTÍ ZPĚT - Po potratu mám pocit, jako bych ztratila blízkou osobu... 1-46 | |

| | |
|--|------|
| Graf 35 Ot. 16.10 - AKTUÁLNÍ - Vadí mi, když mé (naše) potracené dítě nazývají plodem..... | 1-47 |
| Graf 36 Ot. 16.10 - OHLÉDNUTÍ ZPĚT - Vadí mi, když mé (naše) potracené dítě nazývají plodem...1-47 | |
| Graf 37 Ot. 16.11 - AKTUÁLNÍ - Stále se držím myšlenky, že mé potracené dítě bude dál existovat v mé mysli..... | 1-48 |
| Graf 38 Ot. 16.11 - OHLÉDNUTÍ ZPĚT - Stále se držím myšlenky, že mé potracené dítě bude dál existovat v mé mysli..... | 1-48 |
| Graf 39 Ot. 16.12 - AKTUÁLNÍ - Můj (naš) potrat byl strašná, ničující zkušenost..... | 1-49 |
| Graf 40 Ot. 16.12 - OHLÉDNUTÍ ZPĚT - Můj (naš) potrat byl strašná, ničující zkušenost..... | 1-49 |
| Graf 41 Ot. 16.13 - AKTUÁLNÍ - Potrat pro mě představuje velkou ztrátu kontroly..... | 1-50 |
| Graf 42 Ot. 16.13 - OHLÉDNUTÍ ZPĚT - Potrat pro mě představuje velkou ztrátu kontroly..... | 1-50 |
| Graf 43 Ot. 16.14 - AKTUÁLNÍ - Potrat je jako dostat se z jednoho extrému, absolutního štěstí, do druhého, absolutního neštěstí..... | 1-51 |
| Graf 44 Ot. 16.14 - OHLÉDNUTÍ ZPĚT - Potrat je jako dostat se z jednoho extrému, absolutního štěstí, do druhého, absolutního neštěstí..... | 1-51 |
| Graf 45 Ot. 16.15 - AKTUÁLNÍ - Potrat je pro mě noční můrou..... | 1-52 |
| Graf 46 Ot. 16.15 - OHLÉDNUTÍ ZPĚT - Potrat je pro mě noční můrou..... | 1-52 |
| Graf 47 Ot. 16.16 - AKTUÁLNÍ - Můj (naš) potrat pro mě představuje velký neúspěch..... | 1-53 |
| Graf 48 Ot. 16.16 - OHLÉDNUTÍ ZPĚT - Můj (naš) potrat pro mě představuje velký neúspěch..... | 1-53 |

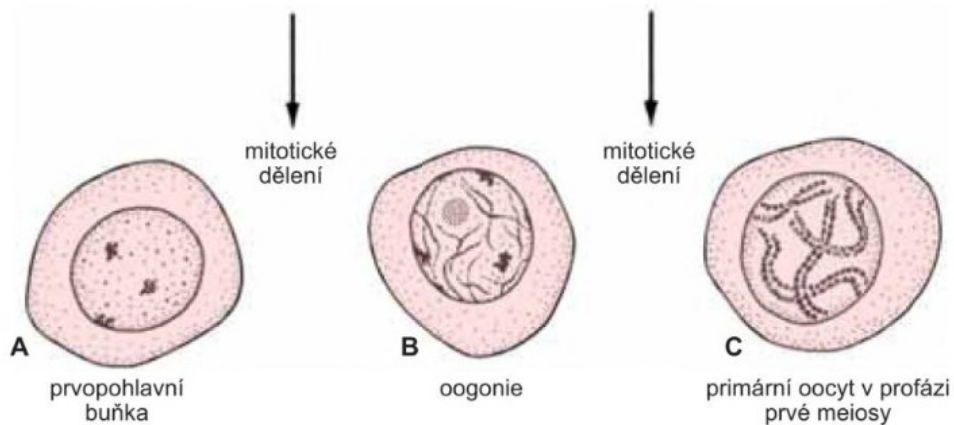
SEZNAM PŘÍLOH

| | |
|---|----|
| Obrázek 1 Spermatogeneze - MALÍNSKÝ, Jiří a Václav LICHNOVSKÝ. Přehled embryologie člověka v obrazech. 3., přeprac. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN isbn:80-244-1273-x..... | 67 |
| Obrázek 2 Oogeneze - SADLER, T. W. Langmanova lékařská embryologie. Praha: Grada, 2011. ISBN isbn9788024726403..... | 68 |
| Obrázek 3 Lokalizace ektopické gravidity -HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. Porodnictví. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9..... | 68 |
| Obrázek 4 Patologická nidace placenty - HÁJEK, Zdeněk, ČECH, Evžen and MARŠÁL, Karel. Porodnictví. 3. Praha : Garda, 2014. 978-80-247-4529-9..... | 68 |
| Obrázek 5 Abnormální invaze trofoblastu - Placenta Accreta. Medicalfoxx [online]. 2015 [cit. 2023-04-15]. Dostupné z: https://medicalfoxx.com/placenta-accreta.html | 69 |
| Obrázek 6 Užití Misoprostolu - safe2choose. How to use Misoprostol for Abortion. Safe2choose. [Online] 2020. [Cited: 1 4, 2023.] https://safe2choose.org/safe-abortion/abortion-pills/abortion-with-misoprostol | 70 |
| Obrázek 7 Evakuace a revize dutiny děložní tupou kyretou - JEP, Česká gynekologická a porodnická společnost ČLS. Evakuace (vyprázdnění) a revize (kontrola) děložní dutiny po potratu. nzip.cz. [Online] 2023. [Cited: 1 18, 2023.] https://www.nzip.cz/clanek/1485-eva | 71 |
| Obrázek 8 RIMS - dotazníková škála hodnotící dopad těhotenské ztráty na psychiku ženy (43)..... | 71 |
| Obrázek 9 Vyjádření etické komise k výzkumu na Gynekologicko-porodnické klinice 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze..... | 72 |
| Obrázek 10 Dotazník pro pacientky AKTUÁLNÍ 1/3..... | 73 |
| Obrázek 11 Dotazník pro pacientky AKTUÁLNÍ 2/3..... | 74 |
| Obrázek 12 Dotazník pro pacientky AKTUÁLNÍ 3/3..... | 75 |
| Obrázek 13 Dotazník pro pacientky OHLÉDNUTÍ ZPĚT 1/3..... | 76 |
| Obrázek 14 Dotazník pro pacientky OHLÉDNUTÍ ZPĚT 2/3..... | 77 |
| Obrázek 15 Dotazník pro pacientky OHLÉDNUTÍ ZPĚT 3/3..... | 78 |
| Obrázek 16 Informovaný souhlas se studií..... | 79 |

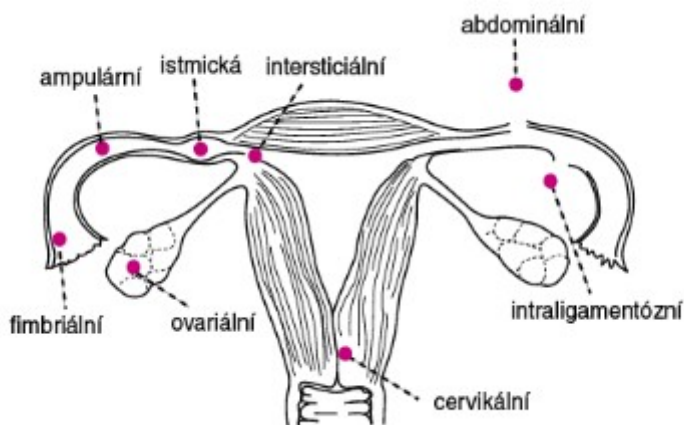
PŘÍLOHY



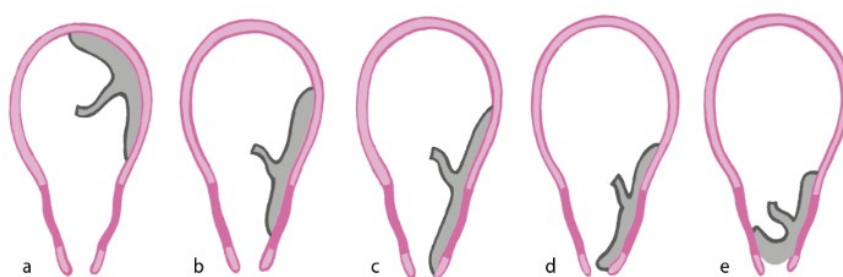
Obrázek 1 Spermatogeneze - MALÍNSKÝ, Jiří a Václav LICHNOVSKÝ. Přehled embryologie člověka v obrazech. 3., přeprac. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN:80-244-1273-x.



Obrázek 2 Oogeneze - SADLER, T. W. Langmanova lékařská embryologie. Praha: Grada, 2011. ISBN isbn9788024726403.



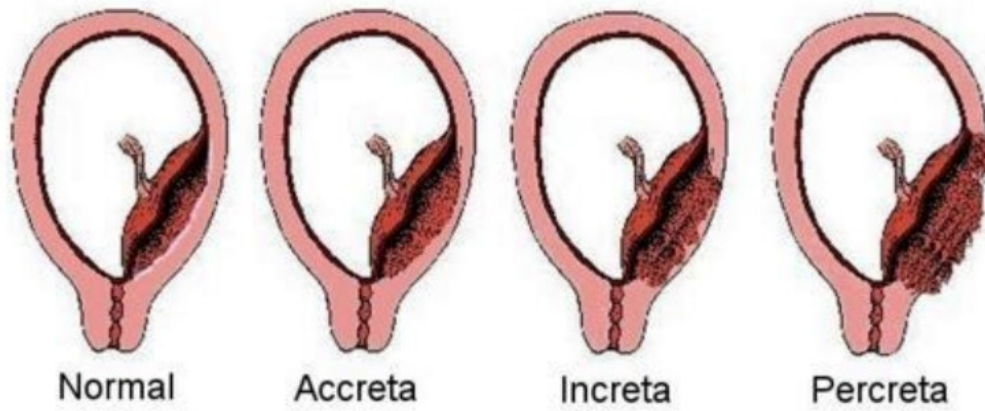
Obrázek 3 Lokalizace ektopické gravidity -HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. Porodnictví. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9



Obr. 8.56 Stupně patologické nidace placenty (placenta šedě, dolní děložní segment červeně):

- a) normální nidace placenty
- b) nízko nasedající lůžko
- c) placenta praevia marginalis
- d) placenta praevia partialis
- e) placenta praevia totalis

Obrázek 4 Patologická nidace placenty - HÁJEK, Zdeněk, ČECH, Evžen and MARŠÁL, Karel. Porodnictví. 3. Praha : Garda, 2014. 978-80-247-4529-9.



Obrázek 5 Abnormální invaze trofoblastu - Placenta Accreta. Medicalfoxx [online]. 2015 [cit. 2023-04-15]. Dostupné z: <https://medicalfoxx.com/placenta-accreta.html>

THE RECOMMENDED REGIMEN FOR AN ABORTION WITH MISOPROSTOL ONLY



Ibuprofen*
400 mg
2 pills



Misoprostol**
200 mcg
12 pills

* Get in touch with our counselors to discuss an alternative if you are allergic to Ibuprofen.

** These pills can be found in other shapes and forms depending on the country.

- 1 Take **2 Ibuprofen*** pills (400 mg each).
Wait 1 hour



- 2 Place **4 Misoprostol** pills (200 mcg each) under the tongue (sublingually).
Keep them under your tongue for 30 minutes before swallowing the remnants with water.



Wait 3 hours

- 3 Place **another 4 Misoprostol** pills (200 mcg each) under the tongue (sublingually).
Keep them under your tongue for 30 minutes before swallowing the remnants with water.



Wait 3 hours

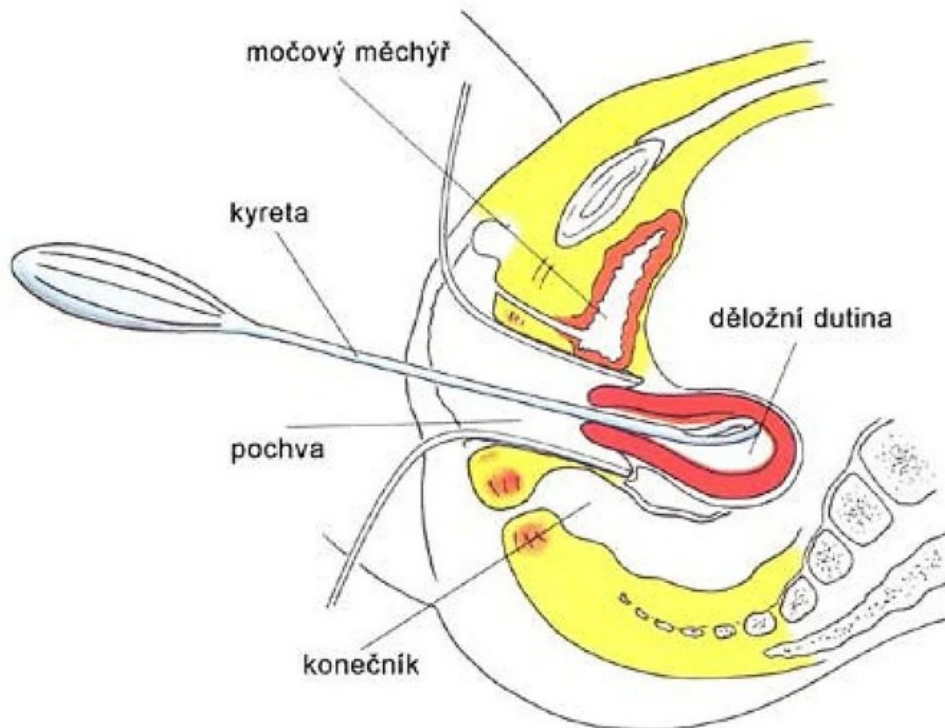
- 4 Place **another dose** of 4 Misoprostol pills (200 mcg each) under the tongue (sublingually).
Keep them under your tongue for 30 minutes before swallowing the remnants with water.



It is strongly recommended to use 12 pills of Misoprostol. If you can't obtain 12 Misoprostol pills, you may choose to proceed with only 8 pills, but the effectiveness will be reduced, especially if you are between 10-13 weeks pregnant.

 safe2choose

For more information and support, contact our abortion counselors by email at info@safe2choose.org or by live chat on safe2choose.org.



Obrázek 7 Evakuace a revize dutiny děložní tupou kyretou - JEP, Česká gynekologická a porodnická společnost ČLS. Evakuace (vyprázdnění) a revize (kontrola) děložní dutiny po potratu. nzip.cz. [Online] 2023. [Cited: 1 18, 2023.] <https://www.nzip.cz/clanek/1485-eva>

Table 1. The questions included in RIMS separated by the three factors 'Isolation/guilt', 'Loss of baby' and 'Devastating event'.

| Subscale | Questions |
|-------------------|---|
| Isolation/guilt | <p>I felt much alone in my loss. My (our) miscarriage destroyed my zest for life. I feel my (partner's) body has betrayed me. I feel guilt about my (our) miscarriage Through my (our) miscarriage, I have experienced a loss of pride in myself.</p> |
| Loss of baby | <p>I feel very isolated by my (our) miscarriage. Through miscarriage, I feel I lost a part of myself. I feel there will always be a place in my heart for the miscarried baby. Through my (our) miscarriage, I feel that I have lost a person. I get irritated when my (our) miscarried baby is called a fetus. I dwell on the fact that my miscarried child will only exist in my memory.</p> |
| Devastating event | <p>My (our) miscarriage was a horrendous, devastating event. Miscarriage equals one big loss of control. Miscarriage is like going from one extreme of happiness to the other, total unhappiness. Miscarriage is a nightmare. My (our) miscarriage represent a major setback for me.</p> |

Obrázek 8 RIMS - dotazníková škála hodnotící dopad těhotenské ztráty na psychiku ženy (42)



ETICKÁ KOMISE VŠEOBECNÉ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE

Na Bojišti 1, 128 08 Praha 2 | eticka.komise@vfn.cz | tel. 224964131

Vážená slečna
Renata Mergesová

3.1.2023
č.j.: 222/22 S-IV

Vážená slečno Mergesová,
Etická komise VFN projednávala na svém zasedání dne 15.12.2022 Vámi předložený individuální výzkumný projekt
č.j. 222/22 S-IV – bakalářská práce.

Název studie/Title of CT: Dopad zvoleného managementu zamklého těhotenství (chirurgický vs. farmakologický přístup) na psychický stav pacientky

Žadatel/Applicant: Renata Mergesová, Čakovice 64, 251 68 Týnec nad Sázavou, renata.mergi@seznam.cz

Úhrada nákladů spojených s posouzením žádosti a vydáním stanoviska / Reimbursement of costs related to assessment of the EC:

Ano/Yes Ne, důvod/No, reasons: nesponzorovaný projekt

Datum doručení žádosti / Date of submission of the Application Form: 23.11.2022

Datum jednání EK+čas/Date and time of Ethics Committee's session: 15.12.2022 (15:30 – 18:00 hod.) – pozastaveno, bez zasedání, opravené dokumenty přijaty 30.12.2022 pod č.j. 1951/22 D. Po kontrole 3.1.2023 vydáno souhlasné stanovisko.

Seznam míst hodnocení s označením míst, ke kterým se EK vyjádřila jako místní EK a kde vykonává dohled

| Místo hodnocení / Jméno zkoušejícího Trial Site / Name of Investigator | Místní EK Local EC | Adresa místní EK Address |
|---|-------------------------------------|--|
| Renata Mergesová, Gynekologicko – porodnická klinika 1. LF UK a VFN v Praze, Apolinářská 18, 128 51 Praha 2 | <input checked="" type="checkbox"/> | EK při VFN, Na Bojišti 1, 128 08 Praha 2 |

Seznam hodnocených dokumentů / List of all submitted documents:

| Název dokumentu, verze, datum Document title, version, date | Schváleno/ Approved | | Na vědomí / Taken into account | |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| | ANO Yes | NE No | ANO Yes | NE No |
| Průvodní dopis s popisem projektu z 23.11.2022 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dotazník – Víceúčelový formulář EK VFN, 23.11.2022 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Informace a IS s účastí ve výzkumném projektu | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dotazník pro pacientky | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Žádost o dotazníkovou akci, 14.11.2022 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Čestné prohlášení o provádění výzkumu ve VFN, bez data | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Souhlas se shromažďováním a zpracováním osobních údajů | Doručeno | | | |
| Životopis hlavní zkoušející: Renata Mergesová, bez data | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1951/22 D | | | | |
| Průvodní dopis z 30.12.2022 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dotazník pro pacientky, opravená verze | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E-mail pro pacientky | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Stanovisko etické komise:

EK vydává / EC issues

- Souhlasné stanovisko/Favourable opinion**
 Nesouhlasné stanovisko/Unfavourable opinion

EK VFN vydává souhlasné stanovisko k provedení individuálního výzkumu na Gynekologicko-porodnické klinice 1. LF UK a VFN v Praze.

Podpis předsedy / zástupce EK VFN
Signature of Chairperson / Vice-Chairperson
PharmDr. Zbyněk Sklenář, Ph.D.

PharmDr.
Zbyněk
Sklenář, Ph.D.
Datum: 2023.01.04
12:00:50 +01'00'

1/2

Obrázek 9 Vyjádření etické komise k výzkumu na Gynekologicko-porodnické klinice 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze

**DOPAD ZVOLENÉHO MANAGEMENTU ZAMKLÉHO TĚHOTENSTVÍ (CHIRURGICKÝ vs. FARMAKOLOGICKÝ PŘÍSTUP)
NA PSYCHIKU PACIENTKY**

Vážená paní / slečno,

Jmenuji se Renata Mergešová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského programu porodní asistence, na první lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze. K zdárnému dokončení studia je nutné vypracovat bakalářskou práci na téma: Dopad zvoleného managementu zamklého těhotenství (chirurgický vs. farmakologický přístup) na psychiku pacientky. Ráda bych Vás touto cestou požádala o spolupráci a následně vyplnění krátkého dotazníku zaměřující se na tuto problematiku.

1. Kolik Vám je let?

.....

2. Jaké je Vaše nejvyšší ukončené vzdělání?

- Základní
- Střední bez maturity
- Střední vzdělání s výučním listem
- Střední vzdělání s maturitní zkouškou
- Vyšší odborné vzdělání
- Vysokoškolské vzdělání

3. Kde bydlíte?

- Krajské město
- Město
- Vesnice
- Samota

4. Doplněte Vaši váhu (kg) a výšku (cm):

5. Kolikrát jste byla těhotná (včetně stávajícího těhotenství)?

.....

6. Kolik máte děti?

.....

- Pokud se čísla u otázek 5 a 6 liší, jednalo se o:
 - zamklé těhotenství
 - umělé přerušení těhotenství
 - indukovaný potrat pro VVV
 - spontánní potrat nebo porod mrtvého plodu
 - S.C. pro mrtvý plod

8. V kolikátém týdnu Vašeho posledního těhotenství Vám bylo sděleno, že je těhotenství zamklé?

.....

9. Bylo toto těhotenství plánované?

ANO X NE

10. Otěhotněla jste:

- Přirozeně
- po inseminaci
- po umělém oplodnění

11. Věděla jste něco o problematice zamklého těhotenství, než jste se s ním sama setkala?

ANO X NE

Pokud ANO, z jakého zdroje?

- Od kamarádky
- Z rodinného kruhu
- Z internetu, médií
- Ze školy
- Jiné (uveďte)

12. jakou formu léčby jste zvolila?

- RCUI (revize dutiny děložní v anestezii)
- Misoprostol (farmakologická léčba)

13. Navštívila jste po této události psychologa/psychiatra?

ANO X NE

14. Začala jste užívat nějakou medikaci?

- ANO, léky na spaní
- ANO, antidepresiva
- ANO, jiné (uveďte)
- NE

15. Dělalí jste nějakou formu rozloučení s Vaším dítětem?

- ANO (uveďte jakou).....
.....
.....
- NE

16. U následujících tvrzení určete míru, ve které se vás dané tvrzení týká:

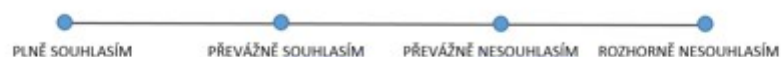


Obrázek 11 Dotazník pro pacientky AKTUÁLNÍ 2/3

6. Od potratu se cítím izolována od svého okolí



7. S potratem jsem ztratila i část sebe



8. Cítím, že v mém srdci bude vždy místo pro potracené dítě



9. Po potratu mám pocit, jako bych ztratila blízkou osobu



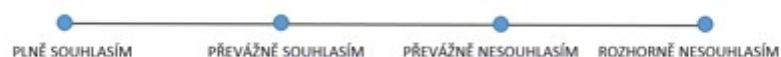
10. Vadí mi, když mé (naše) potracené dítě nazývají plodem



11. Stále se držím myšlenky, že mé potracené dítě bude dále existovat v mé mysli



12. Můj (naš) potrat byl strašná, zničující zkušenost



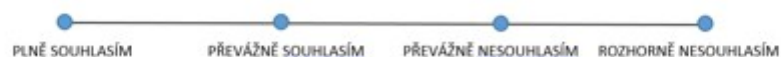
13. Potrat pro mě představuje velkou ztrátu kontroly



14. Potrat je jako dostat se z jednoho extrému, absolutního štěstí, do druhého, absolutního neštěstí



15. Potrat je pro mě noční můrou



16. Můj (naš) potrat pro mě představuje velký neúspěch



Děkuji za Váš čas a vyplnění dotazníku. Data z něj získaná budou sloužit pouze pro vypracování bakalářské práce a bude plně zachována Vaše anonymita. S přáním krásného dne, Renata Mergešová.

**DOPAD ZVOLENÉHO MANAGEMENTU ZAMKLÉHO TĚHOTENSTVÍ (CHIRURGICKÝ vs. FARMAKOLOGICKÝ PŘÍSTUP)
NA PSYCHIKU PACIENTKY**

Vážená pani / slečno,

Jmenuji se Renata Mergesová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského programu porodní asistence, na první lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze. K zdárnému dokončení studia je nutné vypracovat bakalářskou práci na téma: Dopad zvoleného managementu zamklého těhotenství (chirurgický vs. farmakologický přístup) na psychiku pacientky. Ráda bych Vás touto cestou požádala o spolupráci a následné vyplnění krátkého dotazníku zaměřující se na tuto problematiku.

1. Kolik Vám je let?

.....

2. Jaké je Vaše nejvyšší ukončené vzdělání?

- Základní
- Střední bez maturity
- Střední vzdělání s výučním listem
- Střední vzdělání s maturitní zkouškou
- Vyšší odborné vzdělání
- Vysokoškolské vzdělání

3. Kde bydlíte?

- Krajské město
- Město
- Vesnice
- Samota

4. V jakém roce k potratu došlo?

5. V kolikátém těhotenství k potratu došlo?

6. Doplněte Vaši váhu (kg) a výšku (cm):.....|

7. Kolikrát jste byla těhotná (včetně stávajícího těhotenství)?

.....

8. Kolik máte dětí?

.....

- Pokud se čísla u otázek 5 a 6 liší, jednalo se o:
 - o zamklé těhotenství
 - o umělé přerušeni těhotenství
 - o indukovaný potrat pro VVV
 - o spontánní potrat nebo porod mrtvého plodu
 - o S.C. pro mrtvý plod

9. V kolikátém týdnu Vašeho posledního těhotenství Vám bylo sděleno, že je těhotenství zamklé?

.....

10. Bylo toto těhotenství plánované?

ANO X NE

11. Otěhotněla jste:

- Přirozeně
- po inseminaci
- po umělém oplodnění

12. Věděla jste něco o problematice zamklého těhotenství, než jste se s ním sama setkala?

ANO X NE

Pokud ANO, z jakého zdroje?

- Od kamarádky
- Z rodinného kruhu
- Z internetu, médií
- Ze školy
- Jiné (uveďte)

13. jakou formu léčby jste zvolila?

- RCUI (revize dutiny děložní v anestezii)
- Misoprostol (farmakologická léčba)

14. Navštívila jste po této události psychologa/psychiatra?

ANO X NE

15. Začala jste užívat nějakou medikaci?

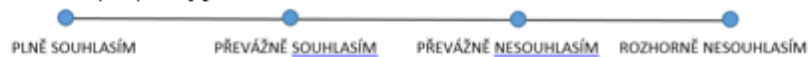
- ANO, léky na spaní
- ANO, antidepresiva
- ANO, jiné (uveďte)
- NE

16. Dělalí jste nějakou formu rozloučení s Vaším dítětem?

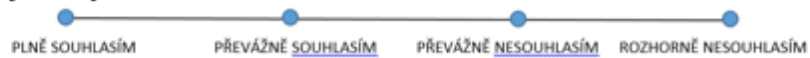
- ANO (uveďte jakou).....
.....
.....
- NE

17. U následujících tvrzení určete míru, ve které se vás dané tvrzení týká:

1. Během své (naší) ztráty jsem se cítila velmi osaměle



2. S potratem jsem ztratila chuť do života



3. Cítila jsem, že mě mé tělo zradilo



Obrázek 14 Dotazník pro pacientky OHLÉDNUTÍ ZPĚT 2/3

4. Cítila jsem se vinna za mou (naši) ztrátu
- PLNĚ SOUHLASÍM PŘEVÁŽNĚ SOUHLASÍM PŘEVÁŽNĚ NESOUHLASÍM ROZHORNĚ NESOUHLASÍM
5. S touto těhotenskou ztrátou jsem ztratila viru/hrdost v sebe sama
- PLNĚ SOUHLASÍM PŘEVÁŽNĚ SOUHLASÍM PŘEVÁŽNĚ NESOUHLASÍM ROZHORNĚ NESOUHLASÍM
6. Po potratu se cítím izolována od svého okolí
- PLNĚ SOUHLASÍM PŘEVÁŽNĚ SOUHLASÍM PŘEVÁŽNĚ NESOUHLASÍM ROZHORNĚ NESOUHLASÍM
7. S potratem jsem ztratila i část sebe
- PLNĚ SOUHLASÍM PŘEVÁŽNĚ SOUHLASÍM PŘEVÁŽNĚ NESOUHLASÍM ROZHORNĚ NESOUHLASÍM
8. Cítím, že v mém srdci bude vždy místo pro potracené dítě
- PLNĚ SOUHLASÍM PŘEVÁŽNĚ SOUHLASÍM PŘEVÁŽNĚ NESOUHLASÍM ROZHORNĚ NESOUHLASÍM
9. Po potratu jsem měla pocit, jako bych ztratila blízkou osobu
- PLNĚ SOUHLASÍM PŘEVÁŽNĚ SOUHLASÍM PŘEVÁŽNĚ NESOUHLASÍM ROZHORNĚ NESOUHLASÍM
10. Vadilo mi, když mé (naše) potracené dítě nazývali plodem
- PLNĚ SOUHLASÍM PŘEVÁŽNĚ SOUHLASÍM PŘEVÁŽNĚ NESOUHLASÍM ROZHORNĚ NESOUHLASÍM
11. Stále se držím myšlenky, že mé potracené dítě bude dál existovat v mé mysli
- PLNĚ SOUHLASÍM PŘEVÁŽNĚ SOUHLASÍM PŘEVÁŽNĚ NESOUHLASÍM ROZHORNĚ NESOUHLASÍM
12. Můj (naš) potrat byl strašná, zničující zkušenost
- PLNĚ SOUHLASÍM PŘEVÁŽNĚ SOUHLASÍM PŘEVÁŽNĚ NESOUHLASÍM ROZHORNĚ NESOUHLASÍM
13. Potrat pro mě představoval velkou ztrátu kontroly
- PLNĚ SOUHLASÍM PŘEVÁŽNĚ SOUHLASÍM PŘEVÁŽNĚ NESOUHLASÍM ROZHORNĚ NESOUHLASÍM
14. Potrat je jako dostat se z jednoho extrému, absolutního štěstí, do druhého, absolutního neštěstí
- PLNĚ SOUHLASÍM PŘEVÁŽNĚ SOUHLASÍM PŘEVÁŽNĚ NESOUHLASÍM ROZHORNĚ NESOUHLASÍM
15. Potrat byl pro mě noční můrou
- PLNĚ SOUHLASÍM PŘEVÁŽNĚ SOUHLASÍM PŘEVÁŽNĚ NESOUHLASÍM ROZHORNĚ NESOUHLASÍM
16. Můj (naš) potrat pro mě představoval velký neúspěch
- PLNĚ SOUHLASÍM PŘEVÁŽNĚ SOUHLASÍM PŘEVÁŽNĚ NESOUHLASÍM ROZHORNĚ NESOUHLASÍM

Děkuji za Váš čas a vyplnění dotazníku. Data z něj získaná budou sloužit pouze pro vypracování bakalářské práce a bude plně zachována Vaše anonymita. S přáním krásného dne, Renata Mergešová.

**INFORMOVANÝ SOUHLAS
S ÚČASTÍ VE VÝZKUMNÉM PROJEKTU**

**DOPAD ZVOLENÉHO MANAGEMENTU ZAMKLÉHO TĚHOTENSTVÍ
(CHIRURGICKÝ vs. FARMAKOLOGICKÝ PŘÍSTUP) NA PSYCHIKU PACIENTKY**

Vážená pani / slečno,

Jmenuji se Renata Mergešová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského programu porodní asistence, na první lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze. K zdárnému dokončení studia je nutné vypracovat bakalářskou práci na téma: Dopad zvoleného managementu zamklého těhotenství (chirurgický vs. farmakologický přístup) na psychiku pacientky. Ráda bych Vás touto cestou požádala o spolupráci a následné vyplnění krátkého dotazníku zaměřující se na tuto problematiku.

Informace ke studii

Bakalářská práce se zabývá těhotenskou ztrátou v prvním trimestru, konkrétně zamklým těhotenstvím. Teoretická část je zaměřena na vývoj těhotenství, zamklé těhotenství, jeho příčiny, možnosti řešení a následně na psychosociální dopad na pacientku. Praktická část se zaměřuje na rozdíly ve vnímání situace u žen, které se rozhodly pro řešení metodou chirurgickou, ECUI - instrumentální evakuace dutiny děložní, a na ty které zvolily metodu farmakologickou. Pacientky z obou skupin budou požádány o vyplnění anonymního on-line dotazníku zaměřeného na vnímání těhotenské ztráty

Jak bude studie probíhat?

Pokud u Vás bylo zjištěno zamklé těhotenství a pokud budete se studií souhlasit, bude Vám na Vámi zadaný email přibližně do týdne, buď od proběhlé ECUI či podání léků při zvolení farmakologické metody, zaslán odkaz na anonymní dotazník. Ten po jeho vyplnění pouze odešlete.

Zachování anonymity

Pokud se studie zúčastníte, veškeré informace o Vás budou považovány za přísně důvěrné. V celé studii budete vystupovat anonymně. Pokud budou výsledky studie publikovány v odborném tisku, bude to výhradně způsobem, aby nebylo možné určit žádné informace o konkrétním účastníku studie.

Dobrovolná účast ve studii a podmínky k odstoupení

Vaše účast v tomto projektu je zcela dobrovolná a není nijak finančně ohodnocena. Můžete odmítnout účast nebo můžete účast kdykoliv přerušit bez udání důvodu. V případě dotazů se můžete obrátit na lékaře oddělení, který s Vámi sepiše informovaný souhlas nebo na lékaře zodpovědného za průběh studie na této klinice – MUDr. Adéla Richtářová, adela.richtarova@vfn.cz, ev. přímo na mě, renata.mergi@seznam.cz

Byla jsem srozumitelně informována o podmínkách účasti ve výše uvedeném výzkumném projektu. Na tomto základě **SOUHLASÍM** **NESOUHLASÍM** s účastí ve výše uvedené studii a s využitím výsledků ke zpracování a vědeckým publikacím při zachování mé anonymity. Jsem si vědoma, že má účast na výzkumném projektu je dobrovolná a nehonorovaná.

Jméno a příjmení

Email pacientky:

Datum:

Podpis:

