

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta**

Ošetrovatelská péče u žen s abortem

Bakalářská práce

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Koudelková Vlasta

Autor práce:

Koutníková Radka

Abstract

A birth assistant should manage several roles when taking care of women – she should communicate well, be a good nurse, should show empathy to women, introduce new trends and knowledge into her work, discuss them with her colleagues, be able to defend her actions and contribute to the improvement of nursing care.

My work uses a quantitative survey based on the collection of data through questionnaires combined with a qualitative survey using interviews to clarify survey questions. The survey was carried out from October to December 2008.

Research subjects included birth assistants and women patients at Gynaecological and Obstetric Departments. Questionnaires for birth assistants were distributed in 5 hospitals in the Czech Republic (Ústí nad Labem, Jindřichův Hradec, České Budějovice, Třebíč and Brno). I distributed 150 questionnaires for birth assistants; 105 (70%) questionnaires were collected. 15 questionnaires were discarded for being incorrectly completed; the research uses the total of 90 (100%) questionnaires.

Interviews with women patients were carried out in the hospital in Ústí nad Labem. I interviewed 8 patients, who had been informed about the structure of the interview. They agreed that the interviews were recorded by dictaphone; the interviews were subsequently transcribed and assessed in charts and tables.

My bachelor thesis formulates four targets and four hypotheses. The survey confirmed the targets and the hypotheses.

The bachelor thesis deals with women after abortion; it focuses on nursing care, information provided to women patients, the securing of their intimacy and the care rendered to them according to standards. During the collection of data, I did not encounter unwillingness or displeasure on the part of birth assistants or women patients. The approach of both these groups was positive; 70% of birth assistants and 100% of women patients cooperated on the research. Both groups were interested in the results of the research.

The results and theoretical part of the bachelor thesis will be used as a source of information for birth assistants and women after abortion. Birth assistants promised to

use the results of the work as inspiration for the improving of their care of women after abortion. The bachelor thesis may also be used as an information brochure for women after abortion and the general public. It may provide information for the production of leaflets available at Gynaecological and Obstetric Departments or lectures.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Ošetrovatelská péče u žen s abortem“ vypracovala samostatně a použila jsem pramenů, které cituji a uvádím v přiložené bibliografii.

Prohlašuji, že v souladu s § 47 b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě, fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích a na jejich internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne

.....

Poděkování

Děkuji PhDr. Vlastě Koudelkové za cenné a přínosné rady, které mi poskytla při psaní této práce. Děkuji všem, kdo se podíleli na výzkumné části práce.

Obsah

Úvod	3
1. Současný stav	4
1.1 Historie potratů	4
1.2 Práva plodu a těhotné ženy	7
1.3 Právní předpisy	8
1. 4 Etické kodexy	8
1. 4. 1 Etický kodex porodních asistentek	8
1.5 Role porodní asistentky a ošetrovatelský proces na gynekologicko – porodnickém oddělení	9
1.6 Ošetrovatelské diagnózy u žen s abortem	9
1.7 Raný spontánní potrat	9
1.7.1 Etiologie raného spontánního potratu	10
1.7.2 Klinický obraz raného spontánního potratu	11
1.7.3 Diagnostika raného spontánního potratu	12
1.7.4 Terapie raného spontánního potratu	12
1.7.5 Prevence raného spontánního potratu	13
1.7.6 Ošetrovatelská péče porodních asistentek o ženy s raným spontánním potratem	13
1.8 Opakované potracení	14
1.8.1 Etiologie potratů	14
1.9 Umělé ukončení těhotenství	16
1.9.1 Technika výkonu umělého ukončení těhotenství	17
1.9.2 Komplikace umělého ukončení těhotenství	17
1.9.3 Ošetrovatelská péče porodních asistentek o ženy s umělým ukončením těhotenství	18
1.10 Pozdní spontánní potrat	18
1.10.1 Etiologie pozdního spontánního potratu	18

<i>1.10.2 Klinický obraz pozdního spontánního potratu</i>	19
<i>1.10.3 Diagnóza pozdního spontánního potratu</i>	19
<i>1.10.4 Léčba pozdního spontánního potratu</i>	19
<i>1.10.5 Ošetrovatelská péče porodních asistentek o ženy s pozdním spontánním abortem</i>	20
<i>1.11 Postabortivní syndrom</i>	21
<i>1.11.1 Symptomy Postabortivního syndromu</i>	21
<i>1.11.2 Rizikové skupiny žen se vztahem k PAS</i>	22
<i>1.11.3 Ošetrovatelská péče porodních asistentek o ženy s Postabortivním syndromem</i>	22
2. Cíle práce a hypotézy	24
<i>2.1 Cíle</i>	24
<i>2.2 Hypotézy</i>	24
<i>2.3 Výzkumné otázky</i>	24
3. Metodika	25
<i>3.2 Charakteristika výzkumného souboru</i>	25
4. Výsledky výzkumného šetření	26
<i>4.1 Výsledky kvantitativního šetření u porodních asistentek</i>	26
<i>4.2 Výsledky kvalitativního šetření u žen</i>	56
5. Diskuze	76
6. Závěr	87
7. Seznam použitých zdrojů	88
8. Klíčová slova	91
9. Přílohy	92

Úvod

Již od paleolitického období byly na území Evropy hněteny z hlíny sošky Venuší. Takové ženy byly uctívány, protože lidé instinktivně vycítili, že ženy se širokými boky, dobře rodí děti (11).

Kult plodnosti patřil vedle kultu zemřelých k nejstarším projevům duchovního života pravěkých lidí a Venuše v něm hrály roli amuletů pro šťastné průběhy porodů (Schott, 1994).

Bohužel k fázi porodu u mnoha těhotných žen nedojde, protože ženy v počátcích těhotenství předčasně potratí. Stávají se pacientkami a přijímají svou novou roli. Být pacientkou znamená postavit se strachu, nejistotě a obavám, které budou součástí léčebného procesu. Žena, je hospitalizována ve zdravotnickém zařízení, musí se vyrovnat se situací, která ji sem přivedla. Proto je velmi důležité, aby byla žena vnímána individuálně – holisticky a byly respektovány její přání i potřeby. Ženy mají strach nejen z abortu, jeho následků, ale i z personálu, z diagnostických a terapeutických výkonů. Všechny tyto činnosti prováděné ve zdravotnickém zařízení omezují běžný život pacientek, jejich soukromí a intimitu. Proto je jednou z povinností zdravotnického personálu dodržovat práva pacientů. Tím bude pobyt pacientky ve zdravotnickém zařízení i kontakt se zdravotnickým personálem ženám ulehčen nejen po stránce právní, fyzické, ale i po stránce psychické.

Téma bakalářské práce jsem si vybrala proto, že je potrat u ženy vnímán jako psychicky i fyzicky náročná situace, která se může vyskytnout u jakékoliv ženy. Příčina potratu se nedá mnohdy určit, proto je důležité zjistit, jakým způsobem probíhá péče o tyto ženy.

1. Současný stav

Postavení ženy se stále pomalu mění a v postavení ženy – klientky se již také mnoho událo. Měli by být dodržovány práva pacientů při hospitalizaci v nemocnici a také etické kodexy. Vzdělanost našich porodních asistentek narůstá a systém celoživotního vzdělávání jim nabízí používat při své práci nové poznatky a dovednosti.

Žena se pak v roli pacienta dostává do rukou profesionálů, kteří ji umí naslouchat, pochopit a pomoci.

1.1 Historie potratů

Každá žena a často i mladá dívka, stojí v životě před možností, volbou či (v případě mladých dívek) hrozbou těhotenství. A stát se matkou je závazek na celý zbytek života. Potraty nejsou záležitostí moderní historie, ale jejich počátky lze vystopovat mnohem hlouběji. Potraty jsou známy již z dob Antiky, dokonce byl nalezen lékařský předpis z roku 2600 před naším letopočtem na drogu vyvolávající potrat (18).

Hlavní bohyní ochrany v Babylonu byla Ištar – Astarte, jejíž semitské jméno je Ioledeth, což značí porodní bábu. Písemné památky z Babylonu dokládají kultovní modlitby, v reáliích se týkají potratu, porodu, slabých plodů, kojení a smrti v šestinedělí (12).

Hippokrates (460-370 př. n. l.) zná např. příčiny potratu: malá děloha, obsah bez plodu, otevřené hrdlo, kde plod nevydrží a vypadne ven. Aristoteles ze Stageiry (384-322 př. n. l.), píše o problémech lidského množení, např. o krvácení za těhotenství; potrat vzhled potracených plodů, délku gestace (12).

Monografie určená porodním bábám *Peri gynaikion* (O věcech ženských), jejímž autorem je Soranus z Dresu (98 – 138 n. l.) V jeho době dosáhlo porodnictví nejvyššího stupně (12). Jako prostředky abortivní popisuje stlačování dělohy, otřesy podbřišku, tření genitálu a epigastria, prostředky dávivé, močopudné, lázně, pouštění žilou a projímadla. Nedoporučuje ostré instrumenty. Takové prostředky byly jistě přebírány z lidové moudrosti a předávány po staletí. Pokud by byly účinné, nebylo by později třeba interrupčních zákonů, pokud by neměly žádný efekt, nebyly by přebírány tradicí, existovaly ženy se sklonem k potratu, kde účinek měly (12).

Ve starověkém porodnictví byly popsány nejrůznější porodnické komplikace, jako krvácení, bolesti, nádory, předčasné porody a potraty (12).

M. Jan Hus Křišťál z Prachatic (1366-1439) a Zikmund Albík z Uničova (1347-1427), ve spise Lékařské knížky, popisuje „Která se žena břichatá urazí a bojí se, aby plodu nepotratila, ta jez koření vlašského kopru anebo sémě koprové a nebudeť ji nic“ uvádí Doležal (12, s. 27).

Kniha *Der Svangern Fraven und Hebammen Rosegarten* (Těhotných žen a bab zahrada růžová) z r. 1513 se dočkala kolem sta vydání a byla přeložena s různými úpravami a doplňky do většiny evropských jazyků. Popularitu jí získala vyobrazení, jejichž vzorem byly ilustrace spisů Moschion. Jméno autora který v r. 1526 zemřel, se píše různě – Roesslin, Rosslin, Röslin. V roce 1519 vydává Kulha – Nikolaje Claudian – v Mladé Boleslavi upravený překlad spisu Roesslinova *Zprava o neuczenie zienam tiehotnym a Bábám pupkorzezným netoliko prospiešna, ale také potrzebná*. Byl vydán znovu v roce 1577 pod názvem *Zahrada růžová žen plodných o početí, působení, zplození, složení a vrození člověka a o všech nebezpečných případnostech, působících, bolestech a tajnostech, které při porodu nejpředněji znamenány a nejvíce vyšetřovány bývají, na pět stránek rozdělená*. V roce 1581 je tento spis vydán znovu (12).

Paralelně s babickou činností existovaly později takzvané *Engelmacherinen* (andělíčkářky), zabývající se potratářstvím. Báby pochopitelně byly za takovou činnost trestané a měly povinnost hlásit ženy, které takové zákroky podstoupily. To vše vedlo k vytvoření zvláštního ženského světa. Pozdější nástup vědeckých poznatků pochopitelně narážel na odpor nejen bab, ale i veřejnosti (12).

V roce 1588 Papež Sixtus zakázal všechny potraty. Z toho nejspíš vyplývá také pojetí potratu jako hříchu. Potrat byl křesťany označen za nepřípustný a i dnes se ještě najdou lidé, kteří tímto "posvěceným" a vše říkajícím způsobem argumentují. Právo rozhodovat za jiného nemáme, s tím souhlasím. Stát tedy nemá právo rozhodovat za ženu, jak si poradí se svým mateřstvím, se svým tělem a se svým životem (18).

V bývalé Československé socialistické republice byl potratový zákon uveden

do praxe v roce 1958. V prvním období zákon nepovoluje uměle vyvolaný potrat. Oficiální statistika pro toto období neexistuje. Odhaduje se, že indukované potraty byly prováděny pokoutně.

Druhé období (1958 - počátek 70. let) je charakterizované zákonem o umělém přerušení těhotenství (č. 68/1957 Sb.), který zlegalizoval uměle vyvolaný potrat. Společnost uznala tento způsob ukončení těhotenství za mravně nezávadný. Spolu s tím, že spolehlivá antikoncepce nebyla dostupná a omezování plodnosti bylo žádoucí, došlo k významnému rozšíření indukovaných potratů.

Ve třetím období (první polovina 70. let) se přijalo populační opatření a zájem o rodinu se odrazil v poklesu počtu potratů. V roce 1974 se narodilo nejvíce dětí v historii ČR. Přesto bylo evidováno přes 78 tisíc potratů celkem a přibližně pětina těhotenství končila indukovaným potratem. Stimuly populační politiky nepůsobily dlouho. Do konce 70. let se potratovost vrátila na původní úroveň a navíc dále rostla.

Čtvrté období (1987 - dodnes) je charakterizované náhlým nárůstem počtu potratů v roce 1987, což bylo způsobeno přijetím vyhlášky, která zrušila interrupční komise. Rozhodnutí o umělém potratu zůstalo pouze na svobodné volbě ženy. Na přelomu 80. a 90. let téměř polovina těhotenství byla ukončena potratem. Tento rapidní nárůst potratů byl pouze dočasným jevem. Následující vývoj byl ovlivněn rozšířením antikoncepce (zejména hormonální). V roce 2003 užívala antikoncepci téměř polovina žen ve fertilním věku a počet potratů klesl na minimum za celé období jejich evidence. Vývoj potratovosti v devadesátých letech dokazuje, že přímo úměrný vztah mezi porodností a plodností nemusí být pravidlem. Nelze tedy říci, že by přísnější legislativní opatření v provádění potratů musela vést ke zvýšení plodnosti. V současné době se k potratům váží tyto právní normy: zákon č. 66/1986 o umělém přerušení těhotenství, vyhláška č. 75/1986 o umělém přerušení těhotenství, vyhláška č. 11/1988 o povinném hlášení ukončení těhotenství, úmrtí dítěte a úmrtí matky (19).

1.2 Práva plodu a těhotné ženy

Z právního hlediska je plod hodnotou, které právní řád přiznává určitou ochranu občansko právní, trestně právní a administrativně právní, jejichž součástí jsou i otázky zdravotnické (13).

V občanském právu má počaté dítě, narodí – li se živé, způsobilost k právním úkonům (např. může dědit), ale také může uplatňovat náhradu za prenatálně utrpěnou škodu. Trestní právo chrání plod jen nepatrně, ale nároky na vytvoření této právní úpravy stoupají. Zdravotní právo přináší problémy, především dochází ke konfliktům mezi matkou a plodem. Komplikace nastávají, když matka chápe své zájmy a zájmy plodu jinak než medicína (13). Každá pacientka má právo rozhodnout o tom, jakým způsobem se chce léčit a chce – li se vůbec léčit. To může vyvolat etické a právní problémy. Odmítá – li pacientka léčbu, která je nutná k záchraně jejího života, či života nebo zdraví plodu, vzniká právní a etický problém. Otázka interrupce je také velkým etickým problémem.

Ještě větší etické konflikty přináší intrauterinní diagnostika vážných vad, u kterých se někdy provádí agresivní intrauterinní i postnatální terapie. Léčení sice přináší zlepšení prognózy, ale ne záruku normálního života. I zde by měla mít rozhodující slovo matka (13).

Poslední skupinou konfliktů, kterou přineslo moderní porodnictví, je konflikt mezi zájmy plodů navzájem. Tyto konflikty souvisí s rozvojem asistované reprodukce, kdy se častěji stává, že dochází ke vzniku vícečetného těhotenství. Veřejnost si často myslí, že je to velkým úspěchem, opak je ale pravdou. Mnohdy to bývá velká komplikace léčby neplodnosti. Těhotenství má jen velmi malou naději na úspěšný porod několika plodů. Nabízí se redukce počtu embryí, kdy se obětují některé z plodů ve prospěch jiných a i tady je rozhodující názor ženy. Rychle se rozvíjející reprodukční medicína přináší mnoho etických i právních problémů těhotným i zdravotníkům (13).

1.3 Právní předpisy

Práva pacientů v České republice vycházejí z Ústavy a Listiny základních práv a svobod a jsou specifikovány zejména zákony 20/1966 Sb. Zákon o péči o zdraví lidu, a Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění ve znění pozdějších předpisů. Na straně pacientů pak stojí Etický kodex Práv pacientů, vydaný ministerstvem zdravotnictví (21).

Zákon 20/1966 Sb. Zákon o péči o zdraví lidu, jehož součástí jsou mimo jiné i přílohy - Národní registr hospitalizovaných, národní registr rodiček a národní registr novorozenců (21).

1.4 Etické kodexy

Práva pacientů by měla být viditelně vystavena ve všech zdravotnických zařízeních. Někde přetrvává konzervativní přesvědčení, že zdravotníci rozumějí onemocněním a všemu souvisejícímu nejlépe, jinde panují obavy, že při uplatňování svých práv budou pacienti vyžadovat nemožné. Přesto by měla být práva pacientů dodržována.

1.4.1 Etický kodex porodních asistentek

Mezinárodní etický kodex porodních asistentek je zaměřen na respektování ženy jako lidské bytosti, usiluje o spravedlivý přístup ke všem lidem. Požaduje pro všechny bez rozdílu rovnoprávný přístup ke zdravotní péči. Tento kodex je založen na vzájemné úctě, důvěře a důstojnosti všech lidí. Cílem Mezinárodní konfederace porodních asistentek (ICM) je zlepšit úroveň péče o ženy, děti a rodiny na celém světě díky přípravě, vzdělávání i vhodnému využití kvalifikovaných porodních asistentek (15).

Kodex vede porodní asistentky k respektování psychických, fyzických, emocionálních a duchovních potřeb žen, které vyhledaly lékařskou péči. Zároveň je učí respektovat kulturní odlišnosti a eliminovat případné škodlivé praktiky vyskytující se v některých kulturách (15).

1.5 Role porodní asistentky a ošetrovatelského procesu na gynekologicko-porodnickém oddělení

Porodní asistentka by měla zvládat několik rolí – musí umět komunikovat, být dobrá ošetrovatelka, měla by přinášet změny a poznatky ve své práci a radit se o nich spolu s kolegyněmi, měla by umět obhájit svoje jednání a podílet se na zdokonalování ošetrovatelské péče pomocí výzkumů (3).

1.6 Ošetrovatelské diagnózy u žen s abortem

00055 Neefektivní plnění role – standardizovaný název ošetrovatelského problému ženy, jejíž projevy chování neodpovídají normám a očekáváním.

00071 Neefektivní zvládnání zátěže – standardizovaný název ošetrovatelského problému ženy s neschopností správně odhadnout stresové situace a neschopností na ně vhodně reagovat.

00118 Porušený tělesný obraz – je standardizovaný název ošetrovatelského problému ženy zmatené z vnímání vlastního těla.

00120 Situačně snižená sebeúcta – standardizovaný název ošetrovatelského problému ženy s negativním sebehodnocením při určité situaci (fyzické odhalení těla a jeho intimních částí).

00124 Beznaděj – standardizovaný název ošetrovatelského problému ženy, která přijala situaci a zároveň není schopna pro její změnu cokoli udělat.

00125 Bezmocnost – standardizovaný název ošetrovatelského problému ženy, která nedostatečně kontroluje sled událostí a není schopna ovlivnit výsledek.

00141 Posttraumatický syndrom – standardizovaný název ošetrovatelského problému ženy s přetrvávající reakcí na traumatickou, zdrcující událost.

00148 Strach – standardizovaný název ošetrovatelského problému ženy jež si strach jako nebezpečí připouští (2).

1.7 Raný spontánní potrat (abortus spontaneus)

Jde o samovolné ukončení těhotenství do 12. týdne gravidity. Rané spontánní potraty jsou velmi časté. Předpokládá se u každého osmého těhotenství, kde dochází ke vzniku

chromozomální poruchy, která vede k vývoji potratového vejce a těhotenství se spontánně potratí. Statisticky nelze všechny rané potraty zachytit vzhledem k velkému množství časných těhotenských ztrát, které jsou ženami vnímány jako běžné opoždění menstruace (3).

1.7.1 Etiologie raného spontánního potratu

Chromozomální aberace jsou nejčastější příčinou raných spontánních potratů asi v 40 % u těhotenství do 12. týdne těhotenství a v 75 % do 6. týdne. Jde o monosomie, kdy chybí jeden chromozom nebo celý pár, trizomie s jedním nadpočetným chromozomem nebo triploidie a tetraploidie, kdy dochází v plodovém vejci k násobení celé chromozomální řady. Chromozomální aberace jsou způsobeny, jak věkem matky nad 35 let, tak působením škodlivin zevního prostředí. Nejčastěji dochází ke vzniku trizomií (3).

Z imunologických příčin je to např. vznik protilátek.

Další příčinou může být Mola hydatidosa což je cystická degenerace choria, která vede nejčastěji ke spontánnímu potratu, může také dojít k malignímu zvrhnutí v chorionepiteliom (3).

Zánět vzniká přestupem infekce z endocervixu na plodové vejce, nejčastěji při insuficienci hrdla děložního. Může být také způsobena infekcí bakteriální a parazitární (např. toxoplasmóza), tak virovou (např. rubeola, herpes) (3).

Příčina hormonální je nejčastěji luteální insuficience, která byla dlouho považovaná za hlavní příčinu raných potratů. Převážně se jedná o následek než o příčinu potratu. Především příčinou některých habituálních potratů může být také porucha funkce žlutého tělíska (3).

Zvýšenou frekvenci raných spontánních potratů je možno sledovat při chronických onemocněních žen a to především u onemocněních jako je diabetes, poruchy činnosti štítné žlázy a nadledvinek, u žen s hypertenzí, u pacientek s poruchami krevní srážlivosti, při avitaminózách, u chorob ledvin a u žen s kardiomyopatií (3).

Další příčinou mohou být akutní horečnatá onemocnění, např. chřipka a močové infekce. Dále může následovat potrat po zavedení antikoncepčního nitroděložního tělíška (IUD).

Ze zevních vlivů zde mohou působit různé druhy patologických návyků (např. kouření, alkoholismus, toxikomanie), fyzikální vlivy (např. ionizační záření, elektrický proud) a fyzické trauma (např. chronické otřesy, těžké únavy). Potrat může vzniknout i u nešetrného koitu (3).

Psychogenní vlivy se velmi obtížně prokazují, nicméně mohou hrát roli u velmi úzkostlivých pacientek, zvláště v případech opakovaného potrácení.

Potrat je nevysvětlitelný, kdy se i při velmi detailním vyšetření nepodaří často příčinu potratu vysvětlit.

1.7.2 Klinický obraz raného spontánního potratu

Hrozící potrat (abortus imminens) se projevuje slabým krvácením z uzavřeného, formovaného děložního hrdla a mírnými bolestmi v podbřišku. Příčinou bývá setrvačnost menstruačních cyklů. Pokud se nejedná o počátek probíhajícího potratu způsobeného závažnou poruchou plodového vejce, je možné včasnou terapií krvácení zastavit a těhotenství se dále vyvíjí (5).

Počínající potrat (abortus incipiens) je pochod již nezvratný, krvácení zesiluje a děložní kontrakce se stávají pravidelnými (3). Tento potrat plynule přechází ve tři stadia.

Prvním stadiem je probíhající potrat (abortus in cursu), kde se k předchozím znakům připojuje rozšiřování se cervikálního kanálu a v hrdle se objevují části plodového vejce.

Druhým stadiem je úplný a neúplný potrat (abortus completus, incompletus). Plodové vejce se může potratit buď celé a v dutině děložní zbývá pouze decidua nebo jeho části zůstávají zadrženy v děloze a vznikají zbytky po potratu (residua post abortum), které neodstraněny vedou ke krvácení a sekundární infekci dutiny děložní.

Třetím stadiem je zamlklý potrat (missed abortion). Odumřelé plodové vejce nevyvolá děložní kontrakce a zůstává zadrženo v děloze. Není-li odstraněno, může se

infikovat, nebo vyvolat nepravidelné krvácení a po určité době se buď potratí, nebo se v ojedinělých případech vstřebá (3).

1.7.3 Diagnostika raného spontánního potratu

Nejdůležitější je anamnéza pacientky. Pacientka si stěžuje na krvácení, na bolesti v podbřišku. U odumřelé gravidity dochází k postupnému vymizení nejistých známek těhotenství (napětí prsou, ranní nevolnost).

Další diagnózu potvrzujícím vyšetřením je gynekologické vyšetření, které prokazuje metrorrhagii, otevírání hrdla a zvýšený tonus myometria.

Dále provádíme dynamické sledování hladin hCG v krvi ženy. Jejich pokles je prognosticky nepříznivým znakem.

Potrat potvrdí ultrazvuková diagnostika, která prokazuje vitalitu plodového vejce a stupeň jeho poškození (3).

1.7.4 Terapie raného spontánního potratu

Prvním krokem terapie je hospitalizace pacientky s relativním klidem na lůžku a podává se progesteronový blok. Aplikace hormonů žlutého tělíska vychází z předpokladu, že k rozvoji příznaků potratu dochází z nízké hladiny progesteronu. Navíc tento blok tlumí děložní motilitu. Pokud žena krvácí podáváme hemostyptika, která zvyšují krevní srážlivost nebo posilují rezistenci kapilární stěny a dále podáváme Magnesium, které snižuje děložní tonus. Na snížení úzkosti pacientky podáváme transkvilizéry, jelikož nepůsobí přímo na děložní aktivitu. Širokospektrá antibiotika se aplikují v případě příznaků infekce plodového vejce při pozitivní leukocytóze, teplotách pacientky a vyšších hodnotách CRP.

Revize dutiny děložní se provádí při neúplném potratu. Pokud pacientka po potratu nekrvácí, je vhodné provést ultrazvukovou diagnostiku reziduí po potratu. Pokud je dutina děložní prázdná, není vhodné kyretáž provádět pro možnost vzniku raných (endometritis) nebo pozdních komplikací (např. endometrióza, sekundární sterilita nebo mimoděložní těhotenství).

Podle výsledků krevního obrazu a krevních ztrát podáváme antianemika. Dále podáváme Anti-D globulin Rh negativním pacientkám, kdy se řídíme dle Směrnice MZ ČR č. 18/1971 (3).

1.7.5 Prevence raného spontánního potratu

Cílem primární prevence je zamezit vlivům, které spontánní potrat vyvolávají, což často není pouze otázka medicínská, ale celospolečenská. U rizikových pacientek je vhodné preventivní podávání progestačních preparátů. Pacientky s chronickými onemocněními by měly otěhotnět plánovaně po kompenzaci svého zdravotního stavu. Je nutno pátrat po rizikových znacích a tyto ženy cíleně dispenzarizovat (3).

1.7.6 Ošetrovatelská péče porodních asistentek o ženy s raným spontánním potratem

Porodní asistentka u ženy provádí odběry krve a moče (KO, koagulace, biochemie, KS, M+S), dále EKG, USG a zajišťuje interní vyšetření.

Z konzervativní ošetrovatelské péče zajišťuje klidový režim, hygienickou péči, příjem tekutin a stravy, aktivizaci na lůžku – prevence tromboembolie (TEN), cviky dolních končetin, psychologickou péči a sociální problematiku.

Pečlivě sbírá anamnestické údaje v průběhu hospitalizace, kontroluje fyziologické funkce, vyšetření v prenatální poradně, kontroluje intenzitu krvácení a charakter krvácení, bolesti v podbřišku (eventuální kontrakce) a aplikuje léky dle ordinace lékaře – vitamíny, antibiotika či infuzní terapii. Žena je poučena, že musí nahlásit zvýšené krvácení nebo vyšlou tkáň.

Porodní asistentka při revizi dutiny děložní po potratu nebo v jeho průběhu provádí zkompletování vyšetření, zajišťuje informovanost ženy o budoucím výkonu. Zjišťuje, zda žena něco jedla, kouřila, pila. Pokud není žena lačná udělá výplach žaludku. Dále pomůže ženě sundat šperky, odlakovat nehty, odstraní protézy a zajistí vymočení ženy. Poté zajistí žilní vstup a podává infuze dle ordinace lékaře. Přitom kontroluje fyziologické funkce a organizuje odvoz na operační sál.

Po instrumentální revizi dutiny děložní porodní asistentka kontroluje stav vědomí ženy, orientaci, měří krevní tlak, pulz, kontroluje dechovou frekvenci a krvácení. Podává antibiotika, uterotonika, analgetika, infuzní terapii či transfuzní terapii podle ordinace lékaře. Zajišťuje proti šokovou terapii – ticho, teplo a šero. S ženou vstává nejdříve za 2 hodiny po nekomplikovaném výkonu. Žena může pít po 2 hodinách po výkonu.

Ženě s negativním Rh je podán Rh-imunoglobulin (20).

Doma žena nenosí tampony, které jsou možným zdrojem infekce a hlásí zvýšené krvácení svému gynekologovi. Neprovozuje sexuální aktivitu podle doporučení lékaře (až do úplného zastavení krvácení). Doporučuje se stejný režim jako v šestinedělí. Měla by se dostavit k lékaři ke kontrole a k instruktáži o antikoncepci (20).

Naše společnost často podceňuje citový stres, který spontánní potrat ženě a její rodině způsobí. I když těhotenství nebylo plánované nebo se o něm nevědělo, často se ženy trápí nad tím, že se nestalo to, co se mělo stát. Takový zármutek může trvat déle a může být hlubší, než by sama žena i lidé v jejím okolí očekávali. Porodní asistentka ženě naslouchá a uvědomuje si, že žena a její partner trpí. Duchovní podpora rodinných a komunitních skupin může rodinu přenést přes období zármutku ze spontánního potratu (20).

1.8 Opakované potrácení

O opakovaném potrácení hovoříme tehdy, když žena potratí konsekutivně nejméně třikrát. Pokud u ženy došlo opakovaně ke ztrátě všech těhotenství, jde o primární opakované potrácení, pokud opakovaným potratům předcházelo těhotenství ukončené porodem nebo umělým potratem, jde o sekundární opakované potrácení. Předpokládá se, že opakované potrácení postihuje asi necelé 1 % žen (5).

1.8.1 Etiologie potratů

U potratu, jehož etiologický faktor je genetický (většinou chromosomální aberace u plodu) je zdůrazňována prevence. Toto řešíme např. podáváním kyseliny listové krátce před koncepcí a na začátku těhotenství a přesto zůstává prognóza velmi

problematická. Stejně jako u nahodilých samovolných potratů se geneticky příčinný faktor uplatňuje převážně v I. trimestru těhotenství (5).

Mezi možné příčiny řadíme všechny zevní faktory, jimiž může být ovlivněn normální vývoj embrya a plodu od okamžiku koncepce (5).

Dále je to příčinný faktor anatomický, kdy k primárním příčinám patří abnormální anatomické utváření dělohy, orgánu, ve kterém se plod vyvíjí či intrauterinní synechie. Tyto anomálie mohou být primární, vrozené nebo sekundární, ale i získané. Příslušným prekoncepčním vyšetřením zjišťujeme, že téměř u 80 % opakovaně potrácejících žen můžeme najít anatomické odchylky dělohy. Ovšem nikoli všechny a vždy podmiňují opakované potracení. Pokud ano, pak ke ztrátám dochází častěji ve II. trimestru, kdy se objevuje neschopnost dělohy adekvátně reagovat na rostoucí plodové vejce, než v I. trimestru těhotenství.

Ze sekundárních změn nacházíme nejčastěji nedostatečnost uzávěrového systému děložního hrdla a to jeho inkompetenci. Hysterografie, ultrazvuk, různé balónkové metody aj. ji mohou diagnostikovat již prekoncepčně. Zabránit dalšímu potratu může pak preventivní cerclage (podle Shirodkara, Palmera, Mac Donalda aj.), kterou provedeme po dokončení organogeneze a placentace, tedy ve 13., popř. 14. týdnu těhotenství. Inkompetenci děložního hrdla je možné také upravit již v prekoncepčním období některou z modifikací tracheloplastiky, provedenou vaginálně, ale i abdominálně před laparotomií. Tyto operace je možno doplnit současně založeným stehem zpevňujícím oblast vnitřní branky (5).

Mezi příčinný faktor endokrinologický řadíme endokrinopatie jako příčiny opakovaného potracení, které jsou trvale předmětem diskuse. Nejzávažnější formy tyreopatie (především tyreotoxikóza) jako příčina potratu či zvýšená dispozice k potracení u těhotných s diabetes mellitus, což jsou nejčastěji uznávaná fakta. Tyto poruchy léčíme ve spolupráci s příslušnými odborníky (5).

Příčinný faktor infekční je převážně u zánětů, jejíž původcem je Mycoplasma, Ureoplasma urealyticum, Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, Treponema palidum, Herpes simplex, Cytomegalovirus, antropozoonózy a další agens (5).

V poslední době je věnována mimořádná pozornost objasnění vlivu imunologického faktoru jako možné příčiny opakovaného potrácení. Srovnávající studie s ženami, kde těhotenství do termínu probíhalo normálně ukázaly, že opakovaně potrácející ženy, které sdílejí více HLA-A a HLA-B antigenů s partnery, mají méně inhibitorů buněčné imunity, chybí jim s větší pravděpodobností transplantační antigen, mají častěji plody kompatibilní s transplantačním antigenem (není stimulována tvorba mateřských ochranných nebo blokuujících faktorů a blastocysta se potratí), dále častěji sdílejí se svými partnery transferin typu C, kdy je výskyt sérových anticytomegalovirových odpovědí je nízký, mají nižší titer protilátek proti spermiím, než by se dalo očekávat a mají vyšší počet CD 5/20 pozitivních lymfocytů (5).

Systémová onemocnění jako příčinný faktor u onemocnění jsou např. choroby kardiovaskulární, ledvin, hypertenzní choroba, plicní tuberkulóza, choroby pojivových tkání, kolagenózy, autoimunitní systémové onemocnění např. lupus erythematoses apod., mohou samy vést k jednotlivému potratu nebo jsou indikací k umělému ukončení těhotenství z lékařské indikace.

I když mnohdy příčina opakovaných potratů zůstává nevysvětlena, nelze tuto těhotenskou patologii považovat za habituální, poněvadž v poměrně značném počtu případů přece jen můžeme adekvátním vyšetřením odhalit trvale přítomné chorobné stavy a příslušným léčením dovést následující těhotenství až k narození jedince schopného života (5).

1.9 Umělé ukončení těhotenství (abortus artificialis)

Umělé ukončení těhotenství je zákrok, kterým se zabraňuje dalšímu vývoji plodového vejce. Patří mezi metody plánovaného rodičovství, jde o metodu, jejíž frekvence by se měla stále snižovat širokým používáním antikoncepčních metod.

V České republice řeší umělé ukončení těhotenství zákon č. 66 z roku 1986. Tímto zákonem se Česká republika řadí mezi země s liberální potratovou legislativou. Těhotenství je možné ukončit u ženy, která o to požádá, do 12 týdnů bez zdravotní indikace nebo ze zdravotních důvodů, jestliže je ohrožen život nebo jestliže jde

o geneticky vadný vývoj plodu. Po uplynutí 12 týdnů lze uměle ukončit těhotenství, je-li ohrožen život ženy nebo je prokázáno těžké poškození plodu nebo je plod neschopen života. Z genetické indikace lze těhotenství ukončit nejpozději do dosažení 24 týdnů těhotenství (3).

1.9.1 Technika výkonu umělého ukončení těhotenství

Umělé ukončení těhotenství podléhá povinnému hlášení. Výkon se provádí ve zdravotnických zařízeních a v průběhu krátkodobé hospitalizace. Technika výkonu se liší podle délky trvání těhotenství:

Do 8. týdne těhotenství se provede miniinterrupce, která se skládá z dilatace hrdla buď kovovými dilatátory či hydrofilními tyčinkami a z následného odstranění plodového vejce vakuumaspirací.

Od 8. do 12. týdne se po předchozí dilataci odstraňuje plodové vejce kyretáží.

Od 12. do 24. týdne se aplikují lokálně nebo celkově prostaglandiny a po vypuzení plodového vejce se provede revize dutiny děložní tupou kyretou. Výjimečně je nutno provést sectio caesarea minor a to převážně z důvodu akutního ohrožení života matky. Získaný materiál se zasílá k histologickému vyšetření (3).

1.9.2 Komplikace umělého ukončení těhotenství

První bezprostřední komplikací je větší krevní ztráta, poranění hrdla a perforace děložního těla.

Druhé časné komplikace se diagnostikují do 6 týdnů po zákroku a může to být selhání metody s následným pokračováním těhotenství, nepoznání mimoděložního těhotenství, rezidua plodového vejce po výkonu a zánětlivé komplikace např. endometritis, parametritis a adnexitis.

Třetí pozdní následky jsou diagnostikovány po 6 týdnech po zákroku a jsou to záněty vnitřních rodidel, poruchy menstruačního cyklu, psychické i sexuální změny (postinterrupční syndrom), poruchy fertility (sterilita, infertilita), endometrióza a Rh izoimunizace (3).

Frekvence umělých ukončení těhotenství svědčí o antikoncepční vyspělosti populace. V současnosti je u nás výrazný pokles počtu interrupcí, což je pravděpodobně důsledkem širšího používání antikoncepčních metod (3).

1.9.3 Ošetrovatelská péče porodních asistentek o ženy s umělým ukončení těhotenství

Porodní asistentka u ženy provádí odběry krve a moče (KO, koagulace, biochemie, KS, M+S), dále EKG, USG a zajišťuje interní vyšetření.

Porodní asistentka při revizi dutiny děložní provádí zkompletování vyšetření, zajišťuje informovanost ženy o budoucím výkonu. Zjišťuje, zda žena něco jedla, kouřila, pila. Pokud není žena lačná udělá výplach žaludku. Dále pomůže ženě sundat šperky, odlakovat nehty, odstraní protézy a zajistí vymočení ženy. Poté zajistí žilní vstup a podává infuze dle ordinace lékaře. Přitom kontroluje fyziologické funkce a organizuje odvoz na operační sál.

Po instrumentální revizi dutiny děložní porodní asistentka kontroluje stav vědomí ženy, orientaci, měří krevní tlak, pulz, kontroluje dechovou frekvenci a krvácení v pravidelných intervalech. Podává antibiotika, uterotonika, analgetika, infuzní terapii či transfuzní terapii podle ordinace lékaře. Zajišťuje proti šokovou terapii – ticho, teplo a šero. S ženou vstává nejdříve za 2 hodiny po nekomplikovaném výkonu. Žena může pít po 2 hodinách po výkonu.

1.10 Pozdní spontánní potrat

Potratem se rozumí vypuzení plodu, který neprojevuje ani jednu ze známek života (dech, srdeční akce, pulsace pupečníku, aktivní pohyb svalstva) a jeho porodní hmotnost je nižší než 1000 g, a pokud ji nelze zjistit, jestliže je těhotenství kratší než 28 týdnů. Dále se potratem rozumí, když plod projevuje alespoň jednu ze známek života a jeho hmotnost je nižší než 500 g, avšak nepřežije 24 hodin (5).

1.10.1 Etiologie pozdního spontánního potratu

Nejčastější příčinou potratu je inkompetence hrdla, která může být vrozená, často spojená s nějakou formou děložní malformace. Častější je získaná po traumatizaci

uzávěrového aparátu dolního segmentu děložního po porodu velkého dítěte, nešetrnou dilatací (např. při interrupci) nebo po konizaci čípku. Dalšími příčinami jsou vrozené vývojové vady děložní včetně děložní hypoplazie, submukózní myxomatóza a intrauterinní srůsty (Aschermanův syndrom) (3).

1.10.2 Klinický obraz pozdního spontánního potratu

Průběh pozdního potratu se více podobá porodu než ranému potratu. Může dojít k odtoku plodové vody nebo nástupu pravidelných kontrakcí. Inkompetence hrdla bývá většinou bez klinických příznaků (3).

1.10.3 Diagnóza pozdního spontánního potratu

V anamnéze pacientky je většinou interrupce, konizace čípku děložního nebo děložní hypoplazie atd.

Provádíme gynekologické vyšetření, kdy dynamickým sledováním se prokáže nárůst hodnot cervix skóre (zkracování a změkčování čípku děložního, průchodnost hrdla). V pokročilejším stavu dochází k prolapsu vaku blan s následným odtokem plodové vody a s nástupem pravidelných děložních kontrakcí.

Ultrazvukovou diagnostiku provádíme abdominální nebo vaginální sondou a prokazujeme, zda je patrné zkrácení čípku děložního, zda je rozšířen průměr vnitřní branky a vztah naléhající části plodu k pánevnímu vchodu.

Diagnózu potvrdí kultivace bakterií z moče, z pochvy a z hrdla děložního, kdy zvýšené hladiny prostaglandinů při urogenitálním zánětu mohou vyvolat jak zranění hrdla děložního, tak děložní kontrakce.

Po proběhlém pozdním potratu lze provést prekoncepčně hysterosalpingografii a prokázat eventuální děložní anomálii (např. inkompetenci čípku, submukózní myomy, vývojové vady atd.).

1.10.4 Léčba pozdního spontánního potratu

V první řadě je nutné provést hospitalizaci pacientky s relativním klidem

na lůžku. Podáváme gestageny ve vysokých dávkách, které snižují děložní kontraktilitu, dále tokolytika (MgSO₄) a trankvilizéry.

Cerclage zůstává při průkazu inkompetence hrdla základní léčbou. Vzhledem k tomu, že jde o operační zákrok, který není bez rizika, je nutno jej provádět pouze v indikovaných případech.

Dříve se aplikoval Mayerův pesar jako léčba hrozícího pozdního potratu, ale v dnešní době to nepovažujeme za vhodnou léčbu vzhledem k riziku infekce a anatomickým změnám, které pesar způsobuje v porodních cestách.

Je možné provádět chirurgickou korekci získaných a vrozených vývojových vad, které se provádí mimo období gestace.

Prevence pozdního spontánního potratu spočívá v omezení interrupcí, zvláště v pokročilém těhotenství, kdy je nutno hrdlo dilatovat a v uvážlivém indikování konizací čípku děložního u nullipar (3).

1.10.5 Ošetrovatelská péče porodních asistentek o ženy s pozdním spontánním abortem

Porodní asistentka u ženy provádí odběry krve a moče (KO, koagulace, biochemie, KS, M+S), dále EKG, USG a zajišťuje interní vyšetření.

Z konzervativní ošetrovatelské péče zajišťuje klidový režim, hygienickou péči, příjem tekutin a stravy, aktivizaci na lůžku – prevence TEN, cviky dolních končetin, psychologickou péči a sociální problematiku.

Kontroluje fyziologické funkce, krvácení z pochvy, bolesti v podbřišku, kontrakce, odtok vody plodové a aplikuje léky dle ordinace lékaře – vitamíny, antibiotika či infuzní terapii.

Organizuje s oddělením ARO provedení epidurální analgezie dle ordinace lékaře.

Porodní asistentka při revizi dutiny děložní po potratu zajišťuje informovanost ženy o budoucím výkonu. Dotazuje se, zda žena něco jedla, kouřila nebo pila. Pokud není žena lačná, udělá výplach žaludku. Dále pomůže ženě sundat šperky, odlakovat nehty, odstraní protézy a zajistí vymočení ženy, eventuelně vycévkování (20).

Po instrumentální revizi dutiny děložní porodní asistentka kontroluje stav vědomí ženy, orientaci, měří krevní tlak, pulz, kontroluje dechovou frekvenci a krvácení. Podává antibiotiky, uterotonika, analgetika, infuzní terapii či transfuzní terapii podle ordinace lékaře. Zajišťuje proti šokovou terapii – ticho, teplo a šero. Podporuje ženu a poskytuje psychologickou péči. S ženou vstává nejdříve za 2 hodiny po nekomplikovaném výkonu. Žena může pít po 2 hodinách po výkonu. Rh-negativní ženě je aplikován Rh-imunoglobulin (20).

Porodní asistentka též pečuje o truchlící rodiče, kteří potřebují především účast, naslouchání a podporu. Různé terapeutické komunikační techniky (např. otázky s otevřeným koncem nebo reflexe pocitů) pomáhají rodičům vyjádřit zármutek, a tím učinit první krok k jeho překonání (20).

Žena, která prodělala spontánní nebo indukovaný potrat, může pociťovat lítost, výčitky a žal. Bývají to nejobtížnější projevy zármutku. Žena se ptá, co měla udělat jinak, aby potratu zabránila. Výročí těchto událostí jsou bolestivá a nešťastné pocity přetrvávají po celá léta, někdy navždy. Typické příznaky pro projev zármutku jsou šok a neochota uvěřit tomu, co se stalo. Hněv, často směřovaný na lékaře a na zdravotnický personál, zřídka na dítě. Pocit viny a přemýšlení, co mohli udělat jinak. Smutek, deprese a postupné překonávání smutku (20).

1.11 Postabortivní syndrom

Je soubor příznaků a obtíží, které se u části žen dostavují po prodělaném potratu, ať už samovolném či uměle vyvolaném (v druhém případě se používá též pojem postinterrupční syndrom). Je považován za specifickou formu posttraumatické stresové poruchy (17).

1.11.1 Symptomy Postabortivního syndromu (PAS)

PAS se vyznačuje běžnými obecnými symptomy, jako jsou např. deprese, zvýšená konzumace alkoholu i jiných návykových látek, návaly úzkosti i zlosti, noční můry, psychotické stavy, poruchy sociálního chování apod. Tento syndrom má i specifitější projevy. Mezi ty patří např. „výroční syndrom“, strach z neplodnosti

či nadměrná touha znovu otěhotnět, vyhýbání se situacím i podnětům a úzkost z nich (těhotné ženy, malé děti, gynekologické vyšetření), poruchy příjmu potravy, problémy ve vztahu k vlastním dětem, psycho-sexuální poruchy či nekontrolované výbuchy pláče (17).

PAS a interrupce je pojem značně kontroverzní v tom smyslu, že hraje významnou roli ve sporu o interrupce. Odpůrci interrupcí mají tendenci klást na něj velký důraz a s poukazy na něj odrazovat ženy od podstoupení tohoto zákroku. Zastánci práva na interrupci pojem PAS v souvislosti s ní většinou bagatelizují a buď to popírají, že by existoval, či se jej snaží čistě jako pocit viny vnucený ženě k interrupci nepřátelským okolím, byť toto neplatí obecně.

Studii zabývajících se touto problematikou zatím není mnoho, nejsou příliš průkazné a dochází k protichůdným výsledkům. Přesto se zdá, že ve významné míře se PAS projevuje pouze u malé části žen podstoupivších interrupci. Může však u nich nabývat velmi drastických podob a dovést postiženou až k myšlence na sebevraždu (17).

1.11.2 Rizikové skupiny žen se vztahem k PAS

Mezi rizikové skupiny žen, u nichž lze očekávat výskyt syndromu s vyšší pravděpodobností jsou ženy, které podstoupily interrupci ve velmi mladém věku, ženy, které podstoupily interrupci v pozdní fázi těhotenství, ženy, které v době podstoupení interrupce už měly děti, ženy, které byly k interrupci dotlačeny svým okolím a ženy, jejichž výchova, osobní postoje či postoje okolí vedou k pochybnostem o správnosti interrupce.

1.11.3 Ošetřovatelská péče porodních asistentek o ženy s Postabortivním syndromem

Péče v našich nemocnicích není kompletní a mnoho porodních asistentek, neví a ani se nezajímá, jak o tyto ženy pečovat. Není žádná návaznost psychologické péče po hospitalizaci. Žena musí sama vyhledat pomoc, protože jen málo zdravotnických zařízení nabízí posthospitalizační psychologickou pomoc v těchto případech.

Žena by měla být v nejtěžších případech v péči psychologa či psychiatra, u některých žen stačí rozhovor s porodní asistentkou či jinou osobu (20).

Izolace bývá jak příčinou, tak důsledkem deprese. Porodní asistentka by měla pomoci ženě najít zdroje emocionální podpory v její vlastní rodině a u přátel. Mnoho přátel jí opomíjí jen proto, že se uzavřela do sebe. Žena nemusí mít dost sil získat si opět své přátele. Někdy jsou ženy zklamané a deprese se stupňují. Porodní asistentka by měla zajistit ženě dostatek spánku, fyzické aktivity a dostatečnou stravu, aby si uchovala zdraví a pocit pohody. Asistentka by měla ženě pomoci rozpoznat způsoby uspokojování jejich potřeb a ujistit ženu, že taková snaha neznamena sobectví. Může ženě doporučit, aby docházela na schůzky podpůrných skupin, jestliže jsou nějaké v dosahu. Vyjádření pocitů v kruhu lidí s obdobnými potížemi jí pomůže uvědomit si, že není sama (20).

2. Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle

Cíl 1 Zjistit informovanost žen o okolnostech abortu.

Cíl 2 Zjistit, zda byla zajištěna intimita klientky během abortu.

Cíl 3 Zjistit, jestli byla ošetrovatelská péče prováděna dle porodnických standardů.

Cíl 4 Zjistit spokojenost žen s ošetrovatelskou péčí po abortu.

2.2 Hypotézy

Hypotéza 1 Klientky jsou informovány o okolnostech abortu.

Hypotéza 2 U klientek byla zajištěna intimita během abortu.

Hypotéza 3 Ošetrovatelská péče o klientky s abortem je prováděna podle porodnických standardů.

Hypotéza 4 Ženy po abortu jsou spokojené s ošetrovatelskou péčí.

2.3 Výzkumné otázky

Otázka 1 Jak prožívají ženy období po abortu?

Otázka 2 Jakým způsobem je řešeno období po abortu?

Otázka 3 Mají ženy po abortu informace, na koho se obrátit v případě potřeby psychologické pomoci?

3. Metodika

Kvantitativní výzkumné šetření bylo provedeno technikou sběru dat dotazníkem v kombinaci s výzkumným šetřením kvalitativním, kde je použita metoda rozhovoru k dokreslení výzkumných otázek. Dotazník pro porodní asistentky je anonymní. Jedná se o soubor předem připravených a formulovaných otázek, kde byly použity základní identifikační otázky a otázky vztahující se k problematice žen s potratem. K dokreslení celé situace byly připravené otázky k rozhovoru s pacientkami. Výzkumné šetření bylo prováděno v termínu od října do prosince 2008.

3.1 Charakteristika výzkumného souboru

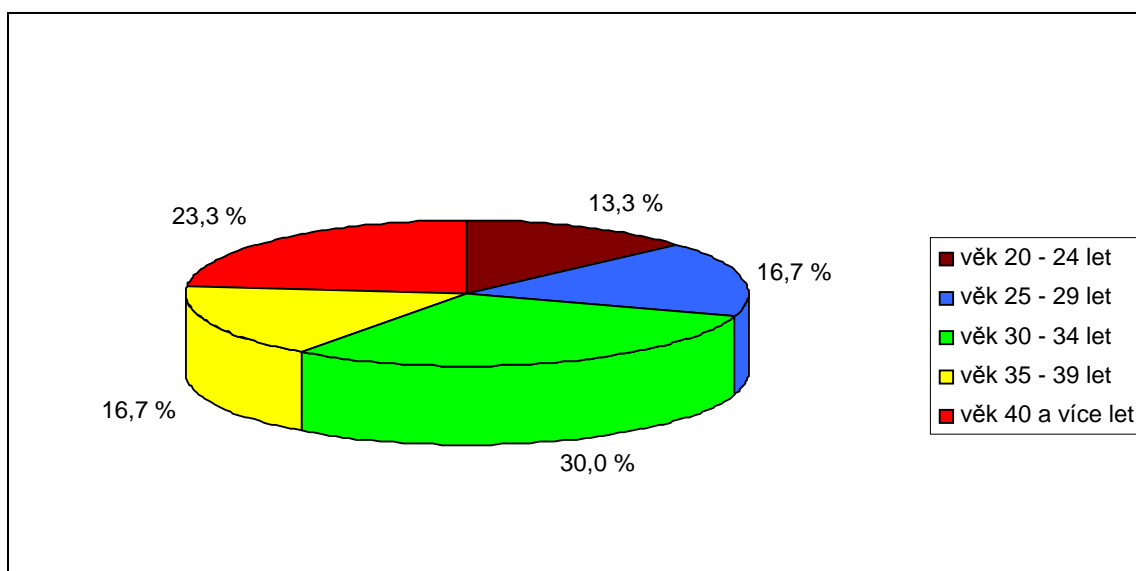
Výzkumnými soubory byly porodní asistentky a pacientky hospitalizované na gynekologicko – porodnickém oddělení. Dotazníky pro porodní asistentky byly rozdány v 5 nemocnicích České republiky (Ústí nad Labem, Jindřichův Hradec, České Budějovice, Třebíč a Brno). Bylo rozdáno 150 dotazníků pro porodní asistentky, návratnost 105 (70 %). 15 dotazníků bylo vyřazeno z důvodu chybného vyplnění a k výzkumu bylo použito celkem 90 (100 %) dotazníků.

Rozhovory s hospitalizovanými pacientkami byly prováděny v nemocnici v Ústí nad Labem. Rozhovory byly provedeny s 8 klientkami, kdy klientky byly seznámeny se strukturou rozhovoru. S jejich souhlasem byl záznam rozhovoru proveden pomocí diktafonu, následně byly rozhovory přepsány a vyhodnoceny v grafech a tabulkách.

4. Výsledky výzkumného šetření

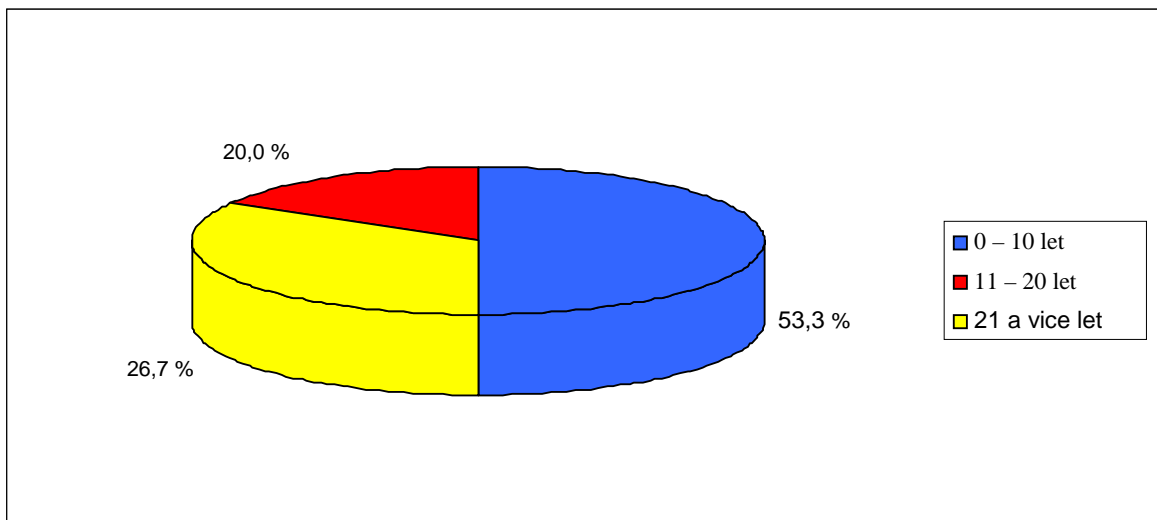
4.1 Výsledky kvantitativního šetření u porodních asistentek

Graf 1 Věk porodních asistentek



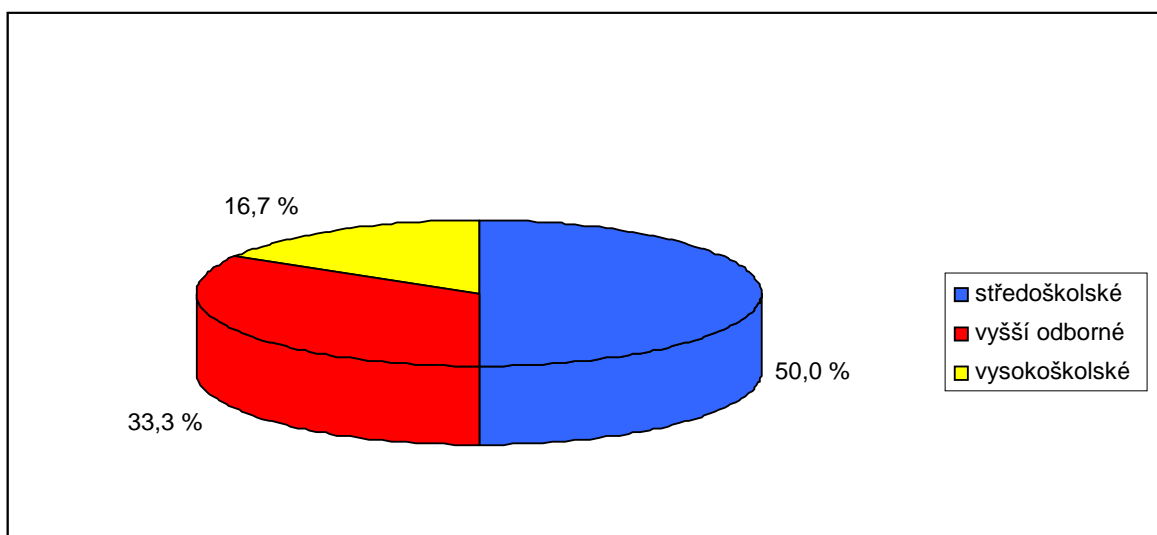
Z 90 (100 %) porodních asistentek bylo nejvíce tj. 27 (30,0 %) ve věku 30 – 34 let, 21 (23,3 %) dotazovaných porodních asistentek bylo ve věku 40 a více let, ve věku 25 – 29 jich bylo 15 (16,7 %), ve věku 35 – 39 let bylo 15 (16,7 %) a 12 (13,3 %) porodních asistentek bylo ve věkovém rozmezí 20 – 24 let.

Graf 2 Délka praxe porodních asistentek na gynekologicko-porodnickém oddělení



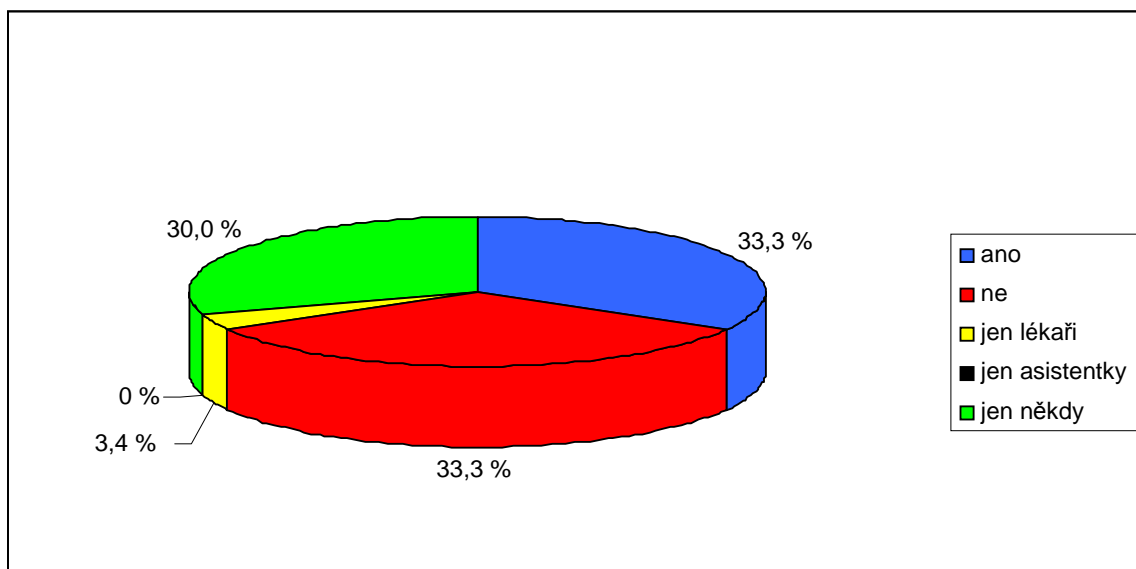
Z 90 (100 %) porodních asistentek pracovalo na gynekologicko – porodnickém oddělení 0 – 10 let 48 (53,3 %) porodních asistentek, více než 21 let pracovalo 24 (26,7 %) porodních asistentek a 11 – 20 let pracovalo 18 (20,0 %) porodních asistentek.

Graf 3 Vzdělání porodních asistentek



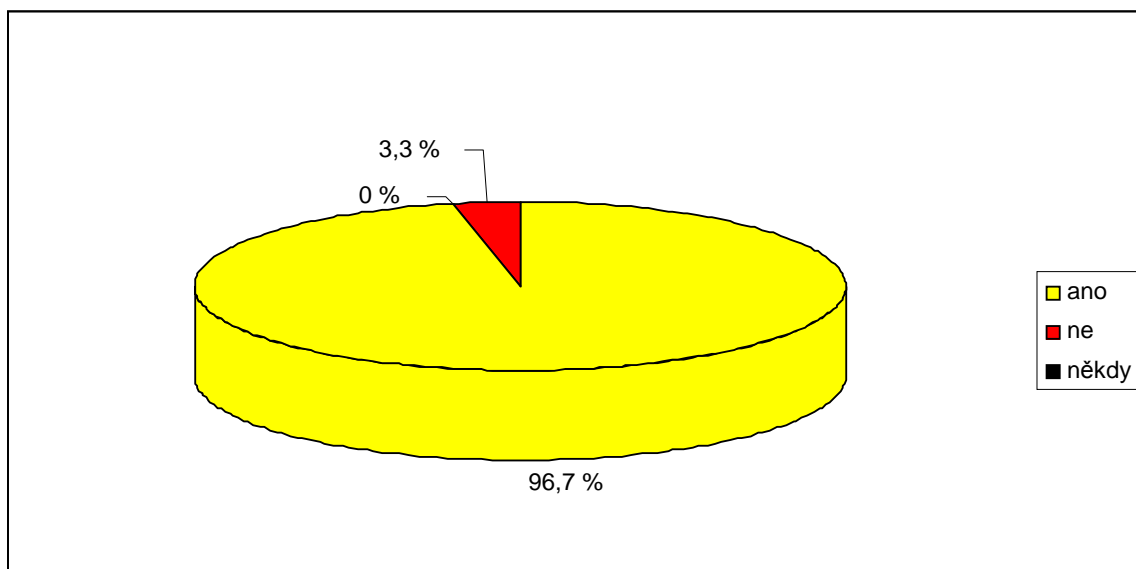
Z dotazovaných 90 (100 %) porodních asistentek mělo 45 (50,0 %) středoškolské vzdělání v oboru, 30 porodních asistentek (33,3 %) mělo vyšší odborné vzdělání a 15 (16,7 %) porodních asistentek mělo vysokoškolské vzdělání.

Graf 4 Představování zdravotnických pracovníků ženám



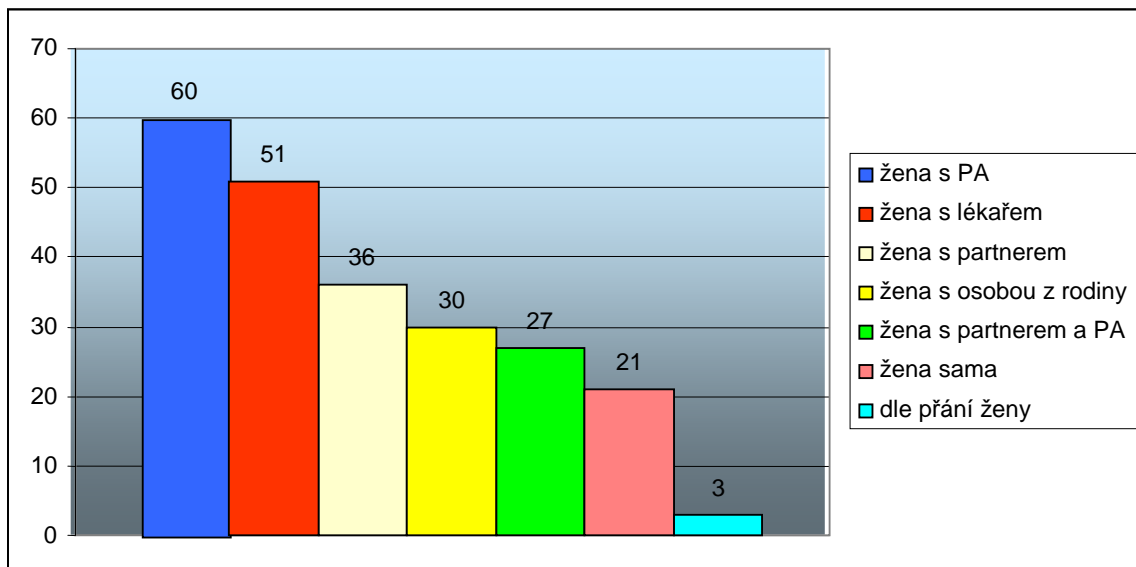
Z dotazovaných 90 (100 %) porodních asistentek se klientkám představovalo 30 (33,3 %), nepředstavovalo se 30 (33,3 %) porodních asistentek, někdy se představovalo 27 (30,0 %) porodních asistentek a na těchto dotazovaných odděleních se představovali jen 3 (3,4 %) lékaři. Žádná porodní asistentka se nepředstavovala jen sama.

Graf 5 Seznámení žen s chodem oddělení a prostorovým uspořádáním



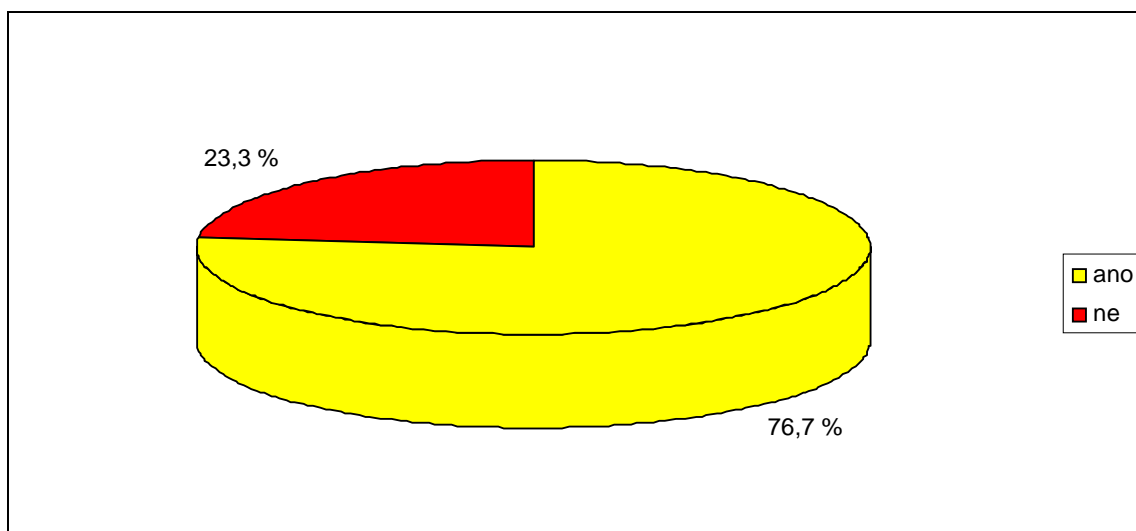
87 (96,7 %) porodních asistentek z 90 (100 %) seznamuje klientky s chodem oddělení, 3 (3,3 %) porodní asistentky je neseznamují a na odpověď někdy neodpověděl nikdo.

Graf 6 Osoba přítomná při sdělování diagnózy



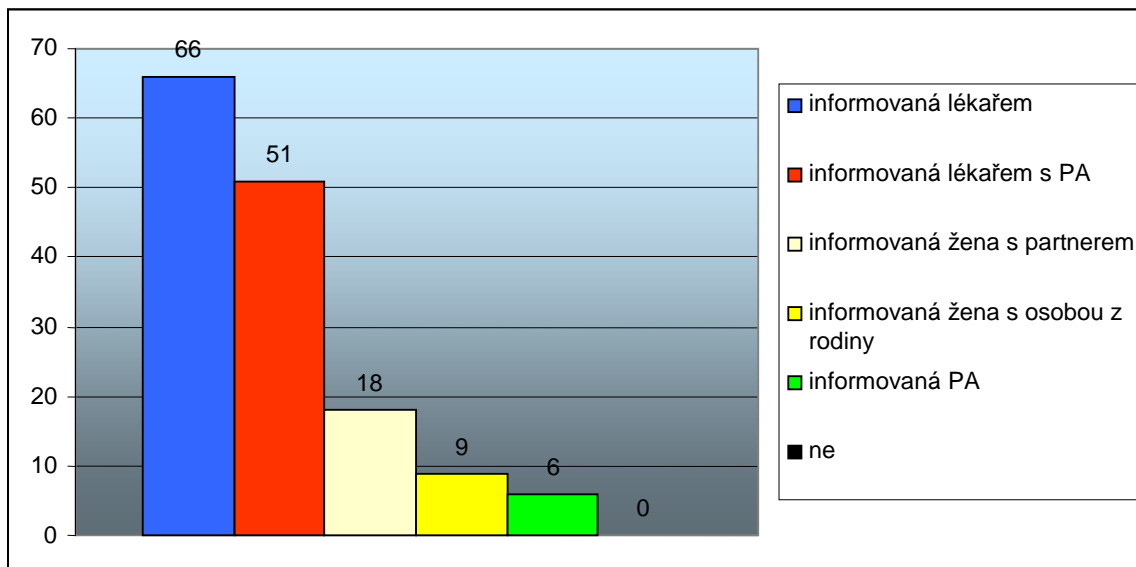
Z výsledku dotazovaných 90 porodních asistentek, které měly možnost výběru z více možností odpovědí vyplývá, že 60 asistentek je přítomno u ženy při sdělování diagnózy, 51 porodních asistentek při sdělování diagnózy nechává ženu s lékařem, 36 porodních asistentek uvedlo, že je u ženy přítomen partner, 30 porodních asistentek odpovědělo, že je u ženy je přítomna osoba z rodiny, 27 porodních asistentek uvedlo, že je u žen přítomen partner i porodní asistentka, 21 porodních asistentek nechává ženu samotnou a 3 porodní asistentky plní přání klientky.

Graf 7 Vhodné prostory pro sdělování závažné diagnózy



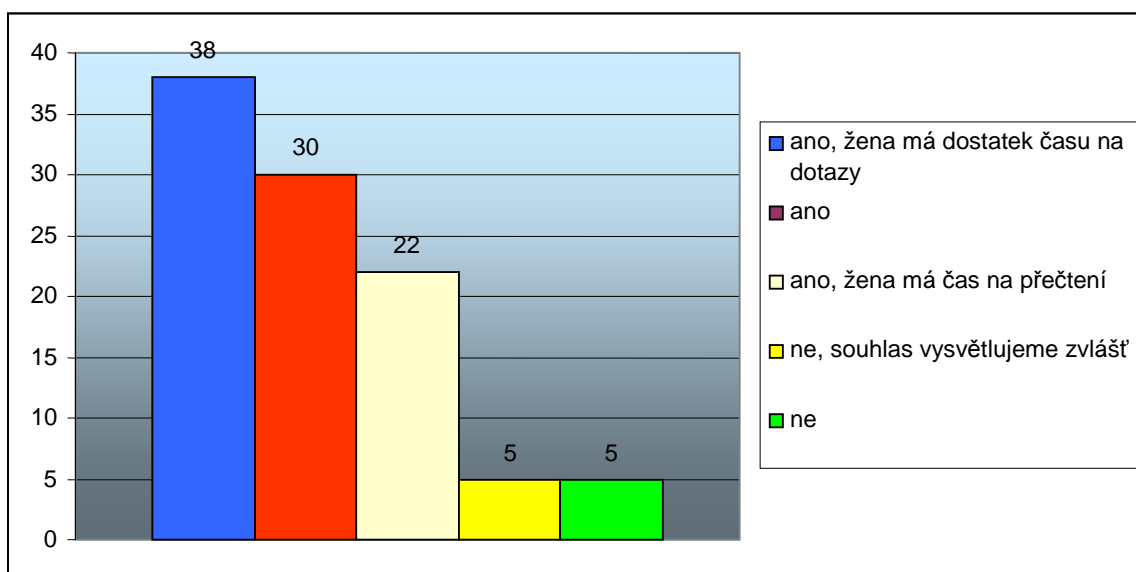
Vhodné prostory pro sdělování závažné diagnózy používá 69 (76,7 %) porodních asistentek z 90 (100 %) a nepoužívá je či nemají vhodné prostory k dispozici 21 (23,3 %) porodních asistentek.

Graf 8 Informovanost žen o možných postupech při abortu



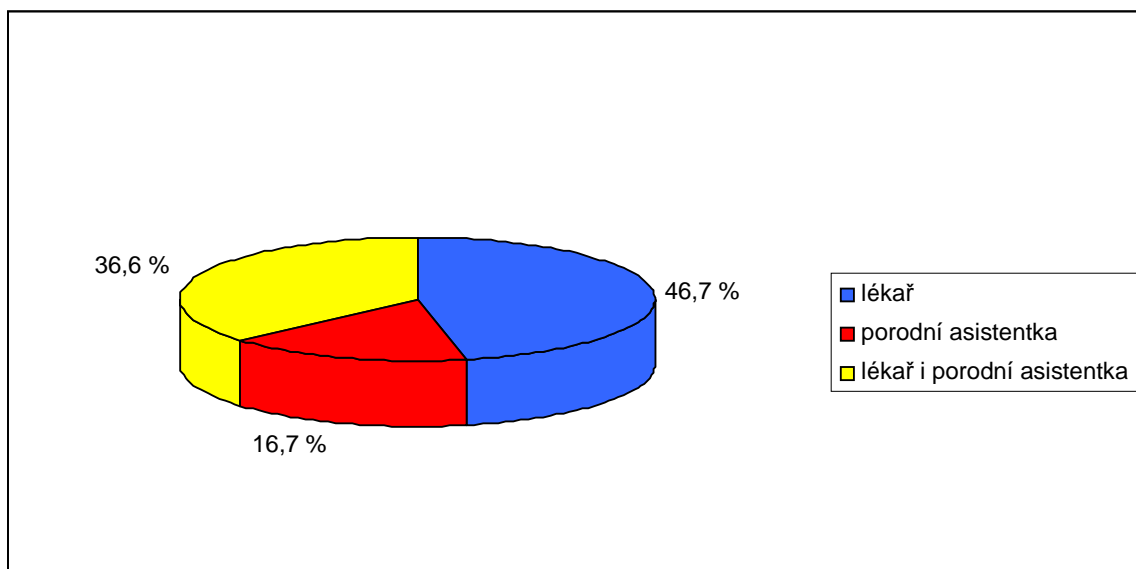
Výsledky ukazují, že z 90 porodních asistentek 66 uvádí, že je žena informovaná o postupech při abortu, 51 porodních asistentek informuje ženu s lékařem, 18 asistentek upřednostňuje přítomnost partnera ženy a 9 jakoukoli osobu z rodiny, 6 porodních asistentek informuje ženu samo a odpověď ne nezvolila žádná porodní asistentka. Dotazované porodní asistentky měly možnost výběru z více možností odpovědí.

Graf 9 Podpis informovaného souhlasu pacientky je součástí podávaných informací



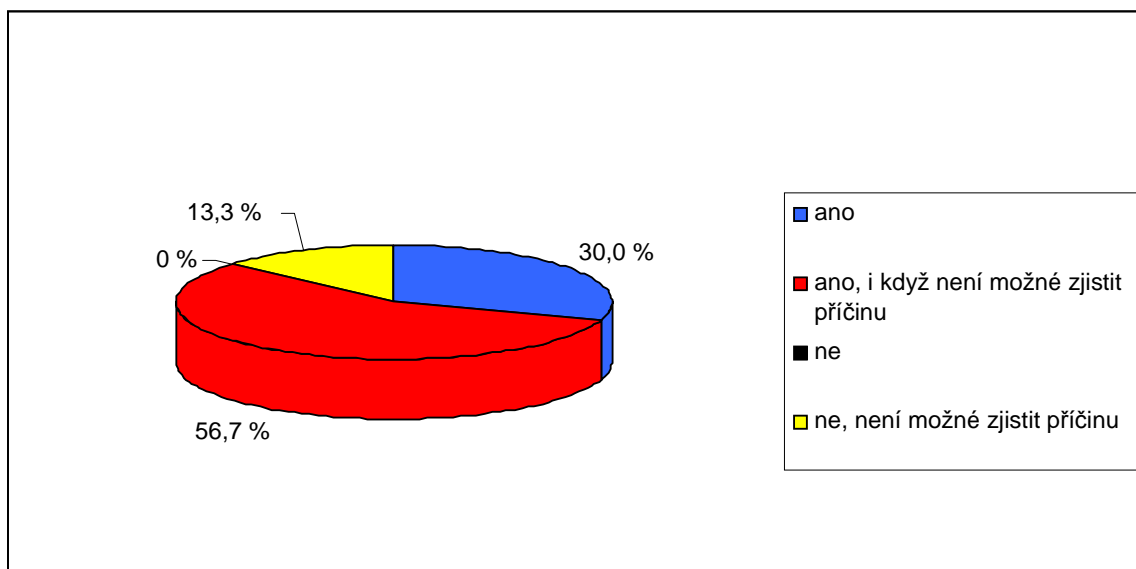
Z Grafu 9 vyplývá, že z 90 porodních asistentek 38 asistentek informovaný souhlas ženě nechává na přečtení a nabízí i dostatek času na případné nejasnosti, u 30 dotazovaných porodních asistentek se uvádí, že dávají ženě souhlas, 22 porodních asistentek dává ženě informovaný souhlas a žena má čas na přečtení, 5 porodních asistentek nedává při podávání informací souhlas a 5 porodních asistentek souhlas vysvětluje zvlášť. Dotazované porodní asistentky měly možnost výběru z více možností odpovědí.

Graf 10 Podpisování informovaného souhlasu



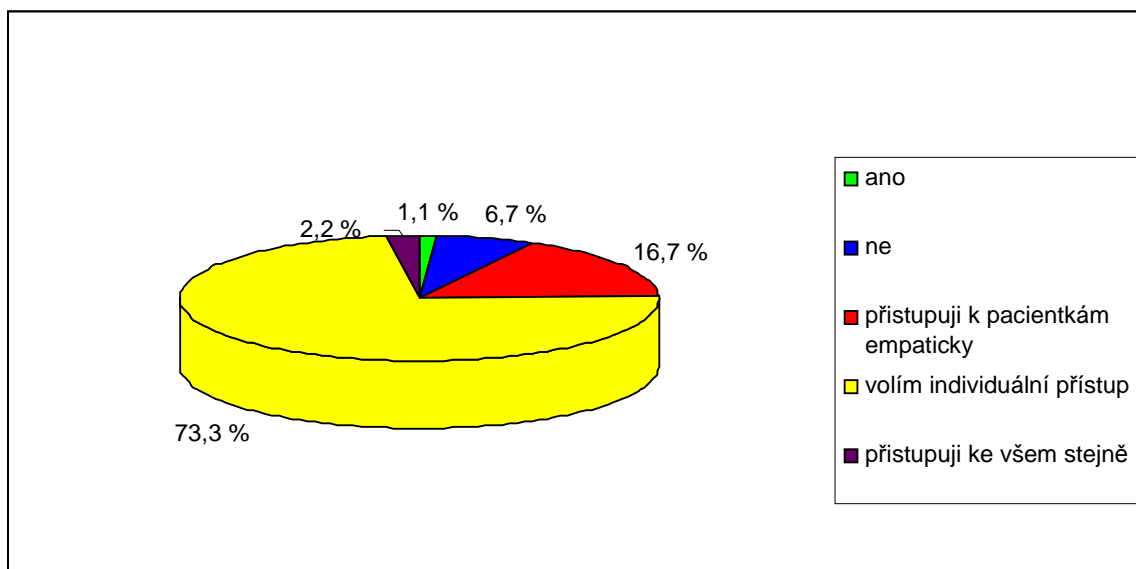
Informovaný souhlas dává podepsat z 90 (100 %) dotazovaných ve 42 (46,7 %) případech lékař, ve 33 (36,6 %) případech tak činí lékař nebo porodní asistentka dle dohody a u 15 (16,7 %) žen dává podepisovat souhlas porodní asistentka.

Graf 11 Podávání informací o okolnostech abortu



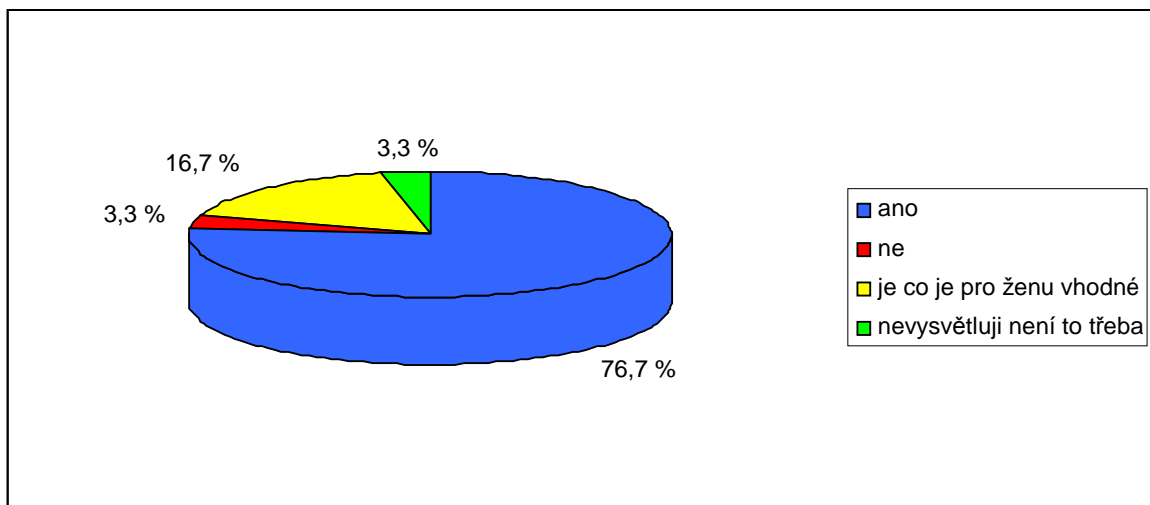
O okolnostech vedoucích k abortu z 90 (100 %) 51 (56,7 %) porodních asistentek podává informace, i když není vždy možné zjistit pravou příčinu, vždy informuje 27 (30,0 %) porodních asistentek, 12 (13,38 %) informace nepodává, jelikož není možné zjistit příčinu a odpověď ne nezvolil nikdo.

Graf 12 Přístupy ke klientkám, které volí porodní asistentky



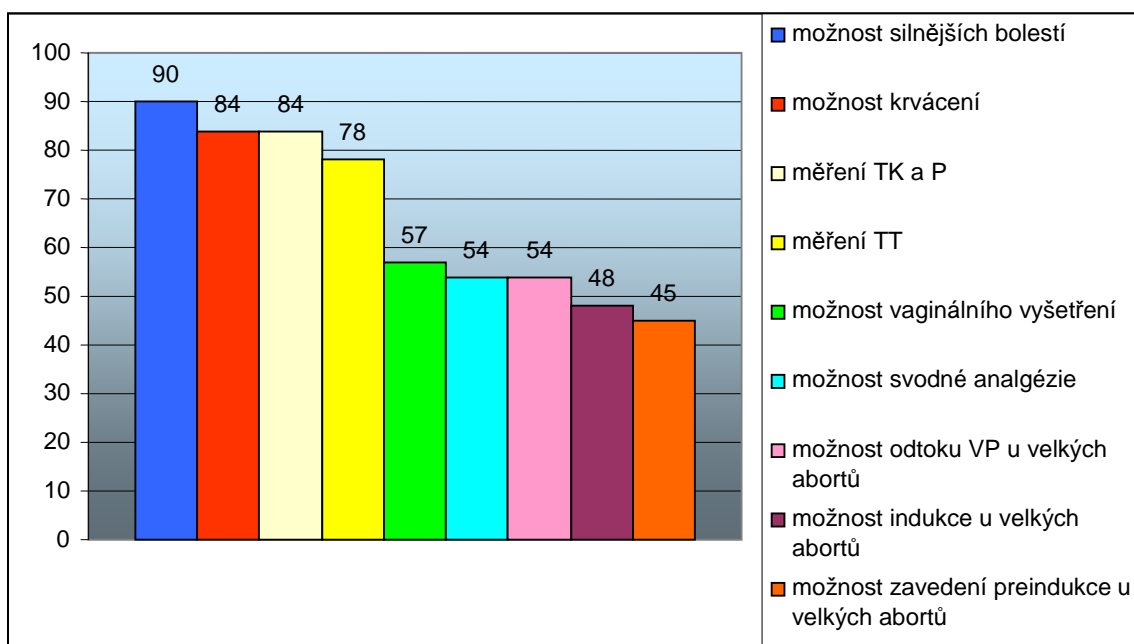
Individuální přístup ke klientkám z 90 (100 %) volí 66 (73,3 %) porodních asistentek, snahu o empatický přístup má 15 (16,7 %) porodních asistentek, naučené fráze při ošetřování klientek nemá 6 (6,7 %), 1 (2,2 %) porodní asistentka odpověděla, že má naučené fráze a ke všem klientkám stejně přistupují 2 (1,1 %) porodní asistentky.

Graf 13 Vysvětlování ošetrovatelských výkonů ženám



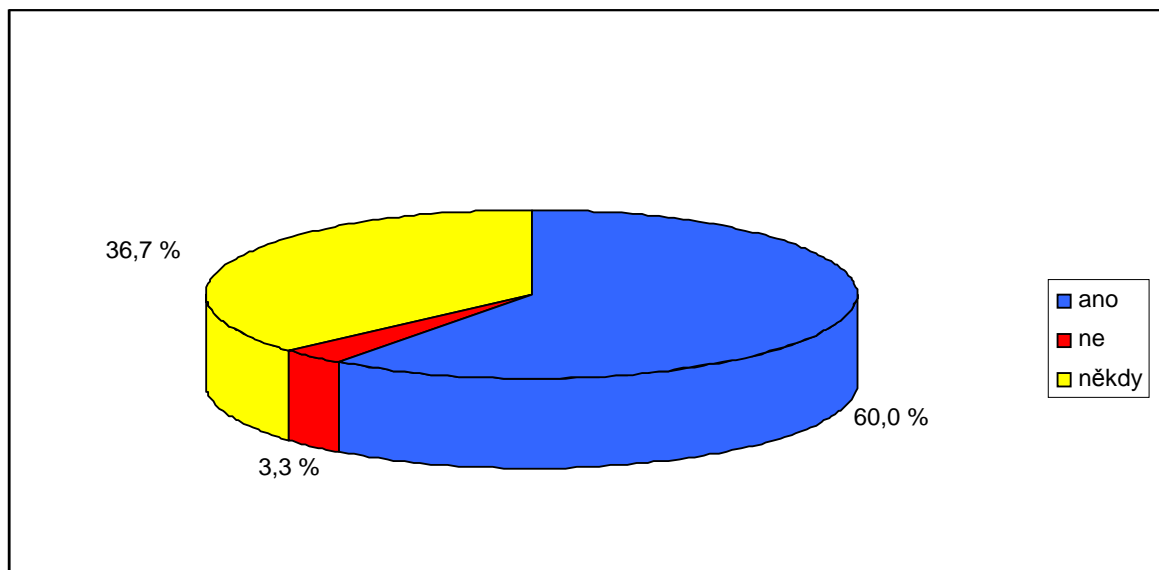
Všechny ošetrovatelské výkony klientkám vysvětluje z 90 (100 %) 69 (76,7 %) porodních asistentek, jen některé vhodné výkony vysvětluje 15 (16,7 %) asistentek, nevysvětlují žádné ošetrovatelské výkony 3 (3,3 %) porodní asistentky a 3 (3,3 %) si myslí, že není třeba vysvětlovat ošetrovatelské výkony, které u klientky provádí.

Graf 14 Podávání informací porodních asistentek ženám při provádění ošetrovatelské péče



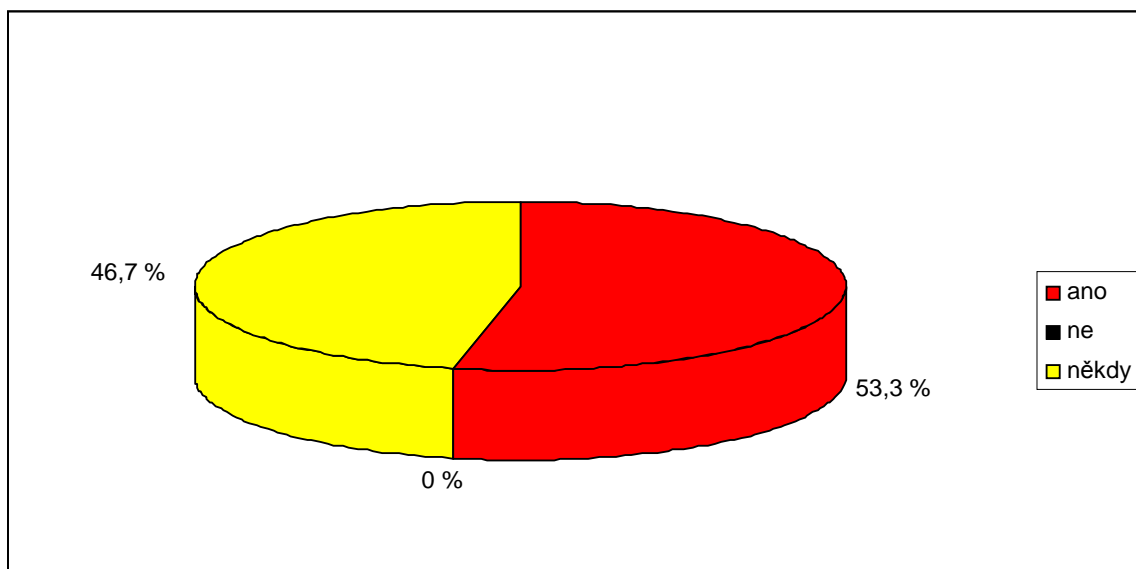
V Grafu 14 měly dotazované porodní asistentky možnost výběru z více možností odpovědí. Z 90 dotázaných porodních asistentek informuje ženu 90 asistentek o možnosti vzniku silnějších bolestí, 84 porodních asistentek informuje o měření TK a P a 84 porodních asistentek podává informace o krvácení. 78 porodních asistentek informuje o měření tělesné teploty, 57 informuje o možnosti vaginálního vyšetření, 54 porodních asistentek o možnosti odtoku plodové vody u velkých abortů, 54 porodních asistentek informuje o možnosti svodné analgézie. 48 porodních asistentek informuje ženu o indukci potratu a 45 porodních asistentek informuje o možnosti zavedení preindukce u velkých abortů.

Graf 15 Dostatek informací o ošetrovatelské péči z pohledu porodních asistentek



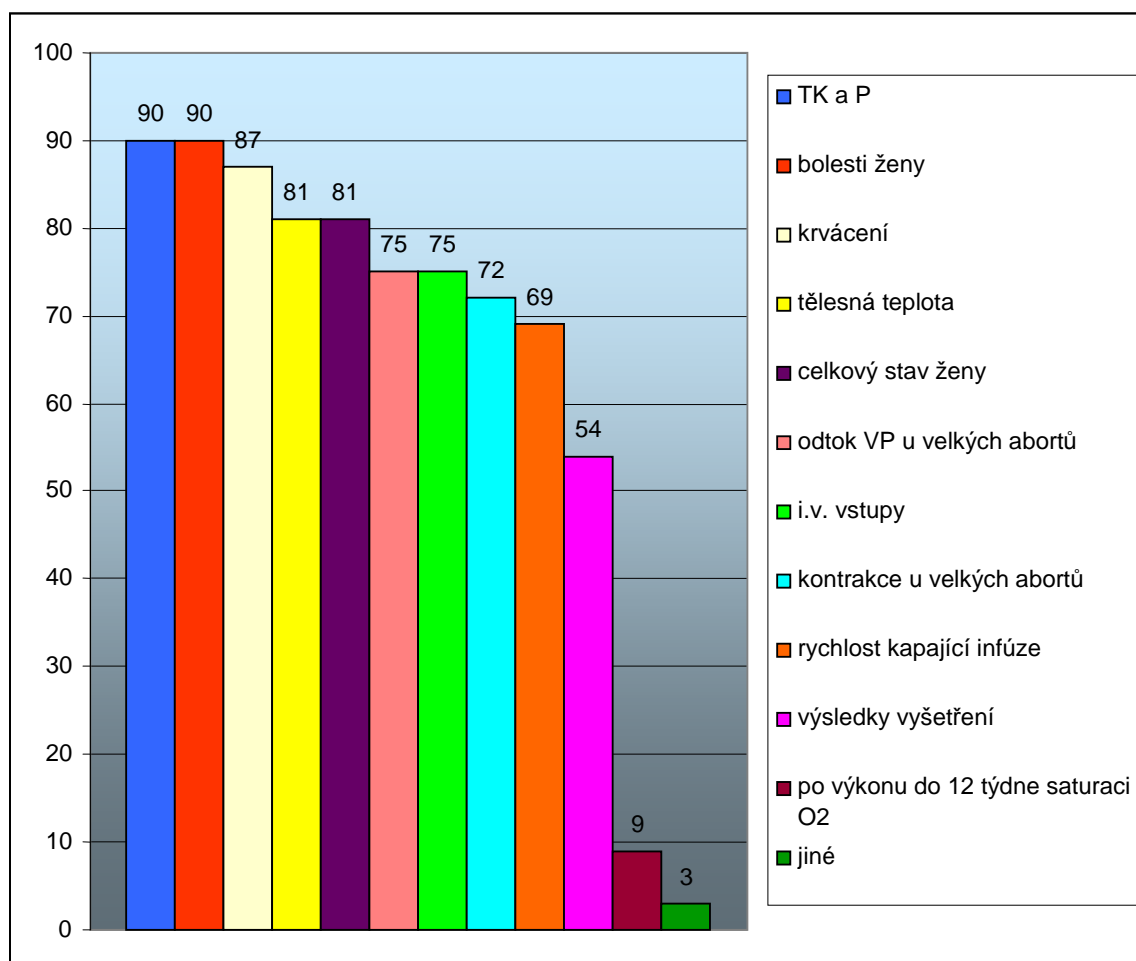
Dostatek informací si myslí, že poskytuje z 90 (100 %) 54 (60,0 %) porodních asistentek, jen někdy podává informace o ošetrovatelské péči 33 (36,7 %) asistentek a informace neposkytují 3 (3,3 %) porodní asistentky.

Graf 16 Spokojenost klientek s podáváním informací



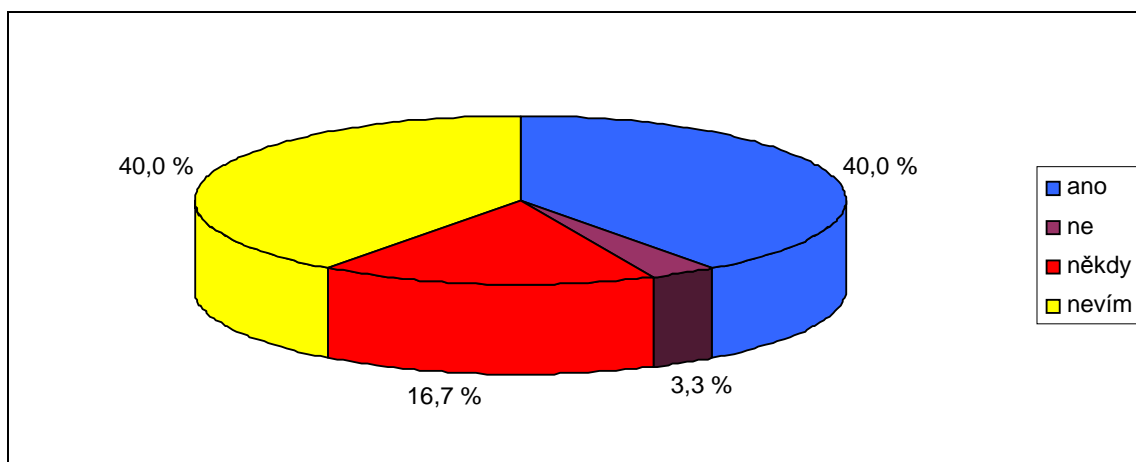
Z 90 (100 %) porodních asistentek si myslí, že jsou klientky spokojené s podanými informacemi o ošetrovatelské péči ve 48 (53,3 %) případech, někdy je spokojených 42 (46,7 %) klientek a nespokojenost s podanými informacemi nebyla zodpovězena.

Graf 17 Sledované parametry při poskytování ošetrovatelské péče u žen s abortem



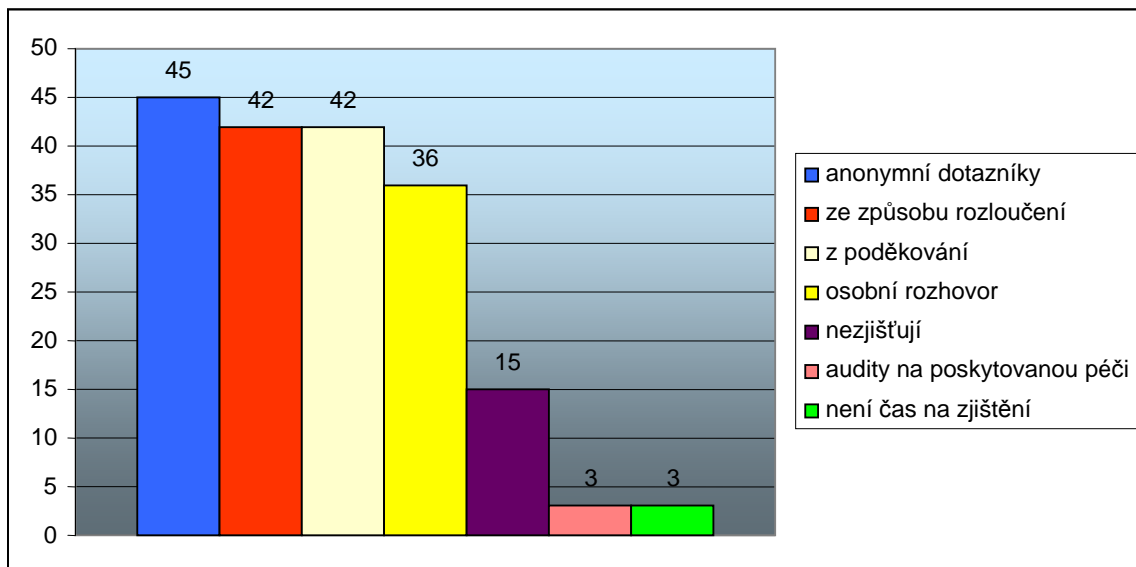
Při poskytování ošetrovatelské péče u žen s abortem z 90 dotazovaných porodních asistentek TK a P sleduje 90 asistentek, o bolest se zajímá také 90 porodních asistentek, krvácení sleduje 87 porodních asistentek, tělesnou teplotu sleduje 81 porodních asistentek, o celkový stav ženy se zajímá 81 porodních asistentek, odtok plodové vody sleduje 75 porodních asistentek, intravenózní vstupy kontroluje 75 porodních asistentek, kontrakce sleduje 72 porodních asistentek, rychlost kapající infúze sleduje 69 porodních asistentek, o výsledky vyšetření se zajímá 54 asistentek, po výkonu do 12. týdne saturaci kyslíku sleduje 9 porodních asistentek a jiné záležitosti jsou podstatné u 3 porodních asistentek. Dotazované porodní asistentky měly možnost výběru z více možností odpovědí.

Graf 18 Spokojenost klientek s poskytovanou ošetrovatelskou péčí



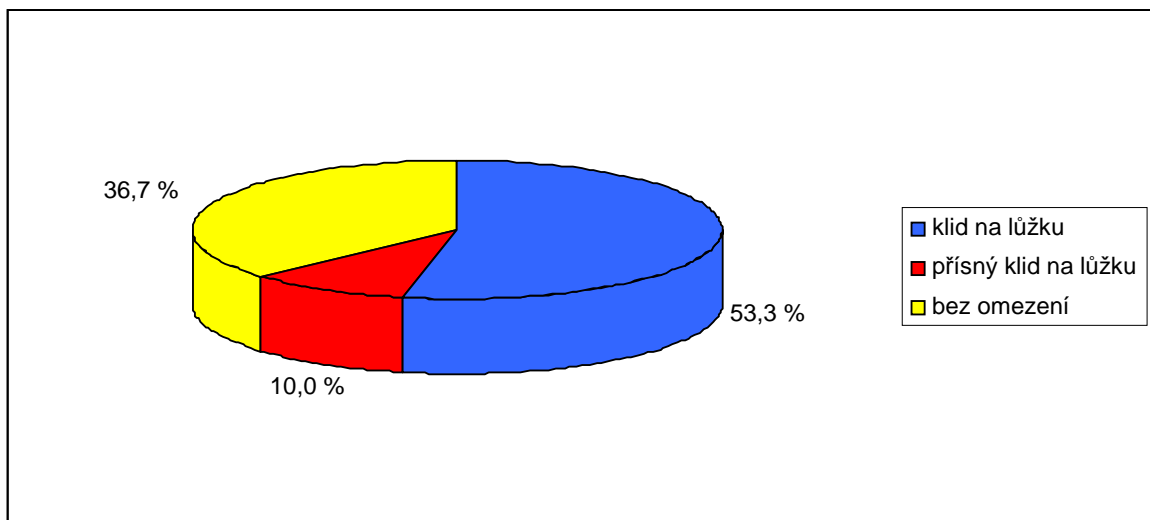
Z dotazovaných 90 (100 %) asistentek, 36 (40,0 %) si myslí, že jsou ženy s abortem spokojené s ošetrovatelskou péčí, 36 (40,0 %) porodních asistentek, uvedlo, že neví, někdy spokojenost uvádí 15 (16,7 %) a nespokojenost s péčí uvádí 3 (3,3 %) asistentky.

Graf 19 Způsoby zjišťování spokojenosti žen s abortem s ošetrovatelskou péčí



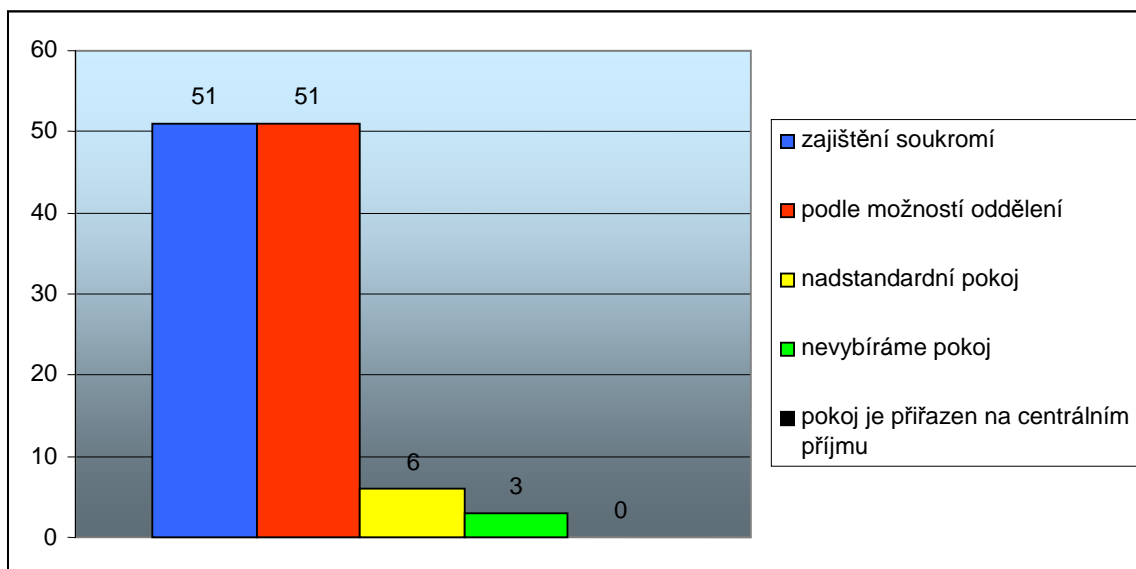
Jakým způsobem zjišťují porodní asistentky spokojenost s ošetrovatelskou péčí odpovědělo z 90 asistentek, že je to formou anonymních dotazníků ve 45 případech, z poděkování a podle rozloučení usuzuje 42 porodních asistentek, osobní rozhovor využívá 36 asistentek, 15 porodních asistentek nezjišťuje spokojenost, audity na poskytovanou péči se provádí u 3 dotazovaných porodních asistentek a čas na zjišťování nemají 3 porodní asistentky. Porodní asistentky měly možnost výběru z více odpovědí.

Graf 20 Pohybový režim na oddělení



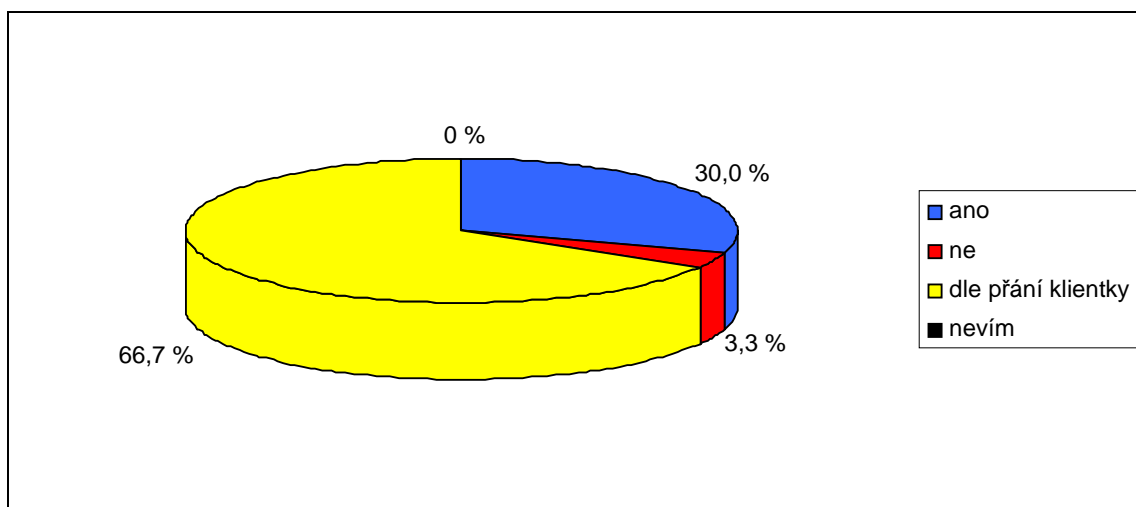
Z dotazovaných 90 (100 %) porodních asistentek, 48 (53,3 %) porodních asistentek odpovědělo, že mají ženy klid na lůžku, neomezený pohybový režim u žen uvádí 33 (36,7 %) porodních asistentek a přísný klid na lůžku u žen uvádí 9 (10,0 %) porodních asistentek.

Graf 21 Výběr pokoje pro ženy s abortem



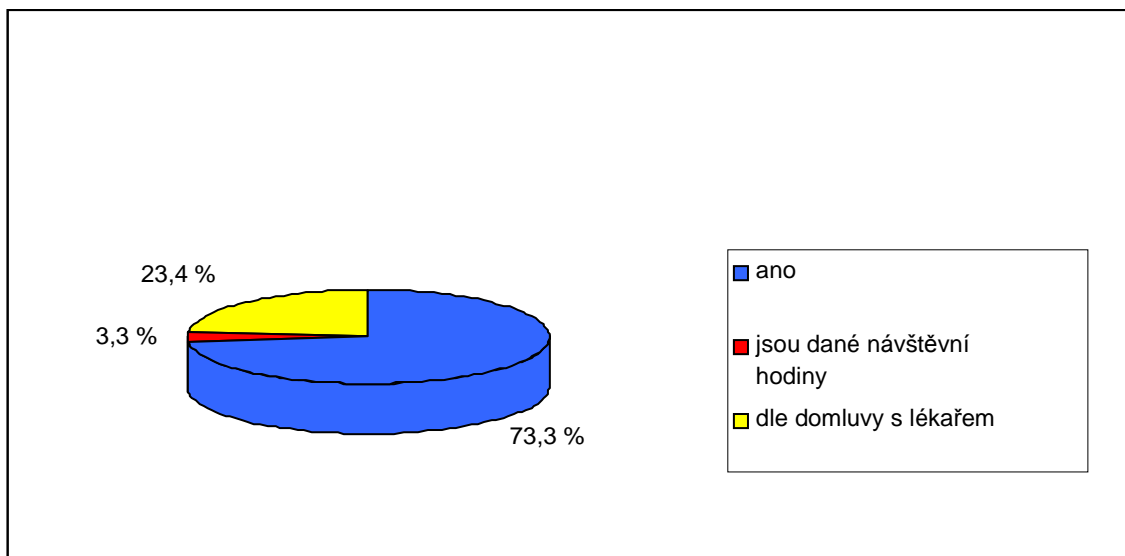
Z Grafu 21 vyplývá, že z dotazovaných 90 porodních asistentek 51 zajišťuje ženám dostatek soukromí a 51 podle možností oddělení, nadstandardní pokoj nabízí ženám 6 asistentek, 3 ukládají ženu podle místa a na centrálním příjmu není na pokoj umístěna žádná žena. Dotazované porodní asistentky měly možnost výběru z více odpovědí.

Graf 22 Měla by být žena sama na pokoji



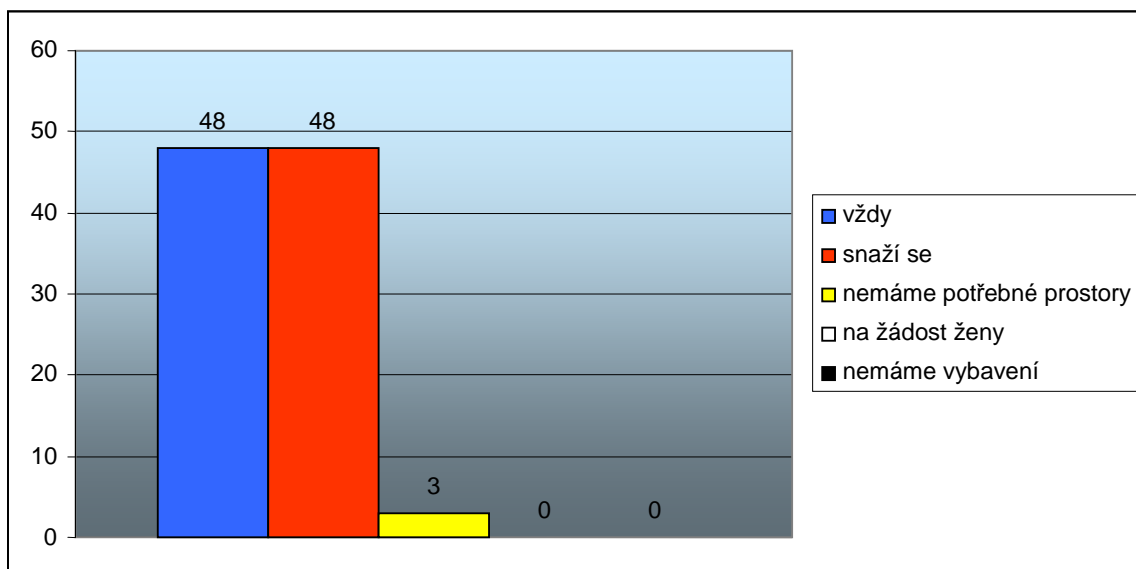
Z Grafu 22 je patrné, že 60 (66,7 %) porodních asistentek respektuje přání klientek, 27 (30,0 %) asistentek preferují soukromí klientek a 3 (3,3 %) si myslí, že mají být s ostatními klientkami na pokoji a to z 90 (100 %) dotazovaných. Žádná porodní asistentka neodpověděla, že neví, zda by měla být žena po abortu sama na pokoji.

Graf 23 Umožnění neomezených návštěv



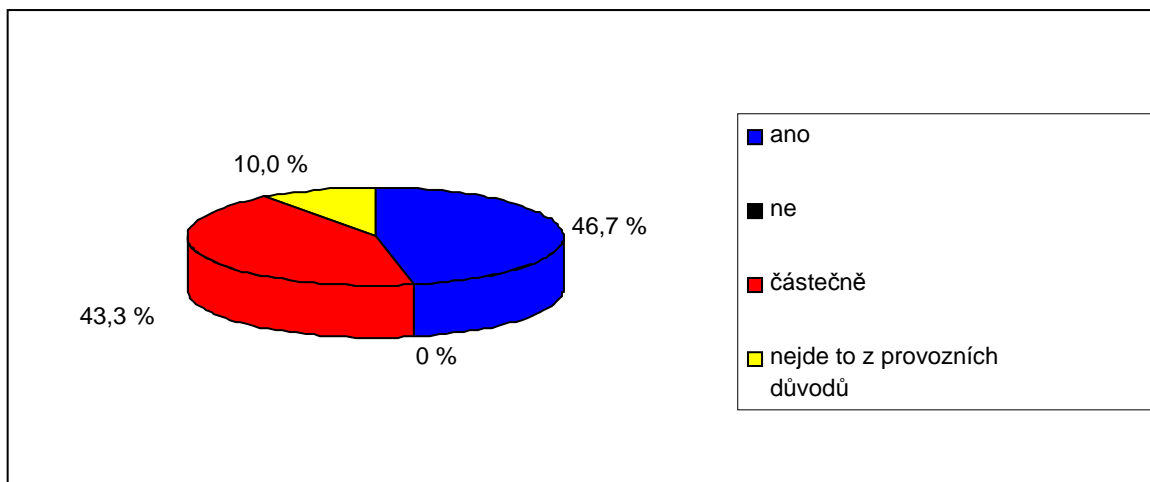
Neomezené návštěvy z 90 (100 %) porodních asistentek umožňuje 66 (73,3 %) asistentek, snahu má 21 (23,4 %) porodních asistentek dle možností a domluvy s lékařem. Dodržování návštěvních hodin upřednostňují 3 (3,3 %) porodní asistentky.

Graf 24 Zajišťování intimity klientky



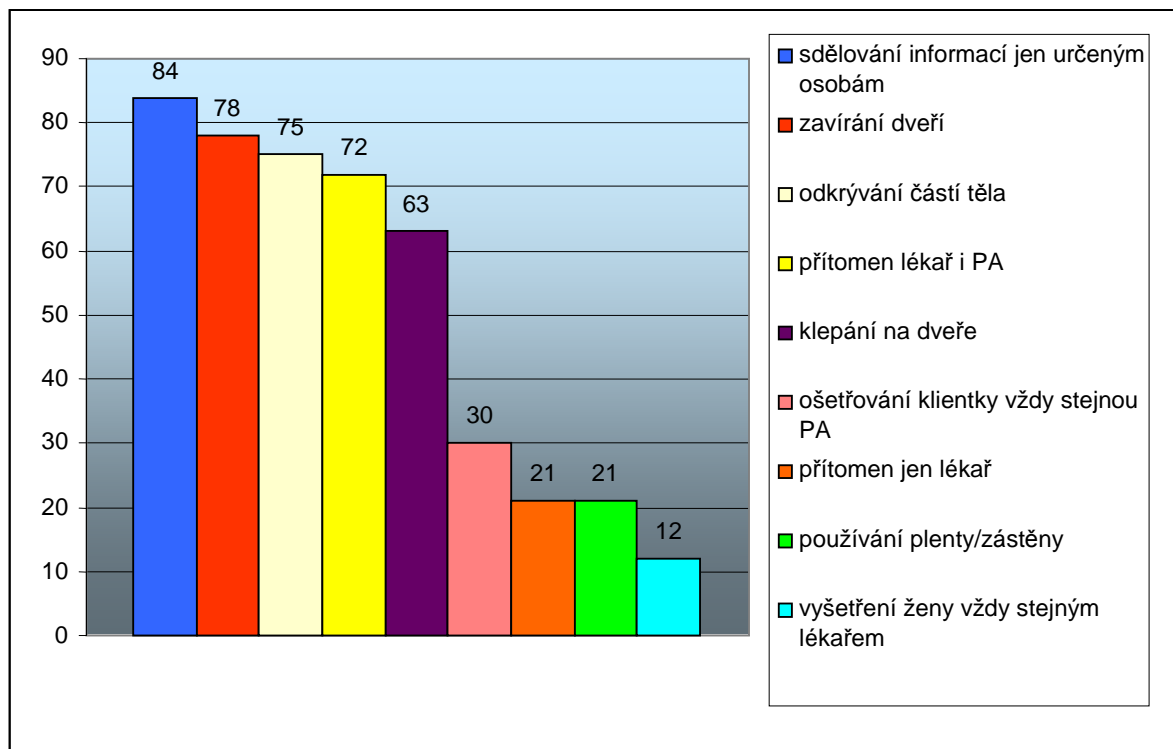
Intimita klientky je zajišťována u klientek vždy 48 porodními asistentkami, intimitu se snaží zajišťovat 48 asistentek, potřebné prostory nemají 3 porodní asistentky, žádost ženy akceptuje 0 asistentek a potřebné vybavení nemá také žádná z dotazovaných 90 porodních asistentek. Porodní asistentky měly možnost výběru z více možností odpovědí.

Graf 25 Respektování soukromí klientky během hospitalizace



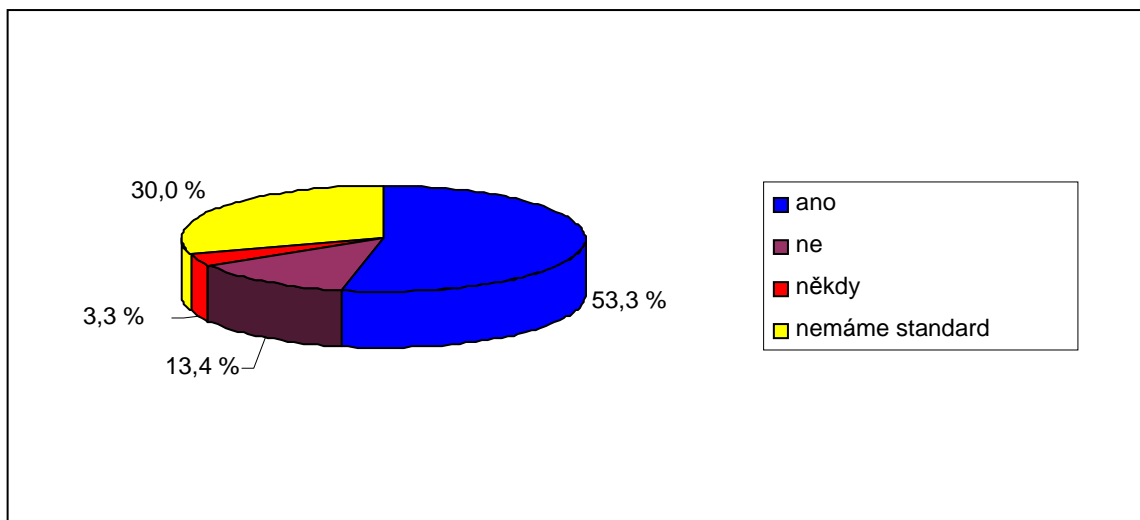
Soukromí klientek je z 90 (100 %) porodních asistetek respektováno u 42 (46,7 %), částečně je respektováno u 39 (43,3 %) porodních asistetek a nerespektováno z provozních důvodů je u 9 (10,0 %) asistetek. Ne uvedla žádná respondentka.

Graf 26 Zásady respektování soukromí



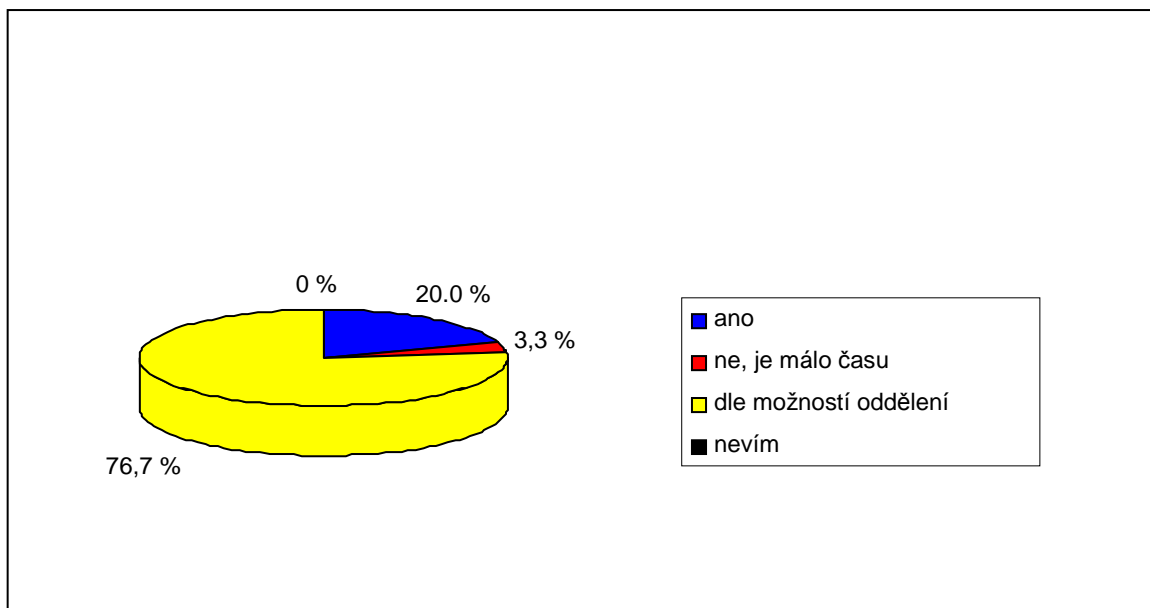
Dotazované porodní asistentky měly možnost výběru z více možností odpovědí. Z následujících zásad soukromí u klientek 84 porodních asistentek sděluje informace jen osobám, které pacientka uvedla do dokumentace, zavírání dveří při vyšetření dodržuje 78 dotazovaných, 75 porodních asistentek dodržuje diskrétní odkrývání částí těla při vizitě, v 72 případech je přítomna porodní asistentka i lékař při vyšetření, 63 porodních asistentek klepe na dveře při vstupu do pokoje a 30 porodních asistentek dodržuje ošetřování pacientky vždy stejnou asistentkou, 21 porodních asistentek udalo, že je přítomen při vyšetření jen lékař, 21 používá při vyšetření pleny nebo zástěny a jen 12 porodních asistentek uvádí vyšetření vždy stejným lékařem.

Graf 27 Používání porodnických standardů



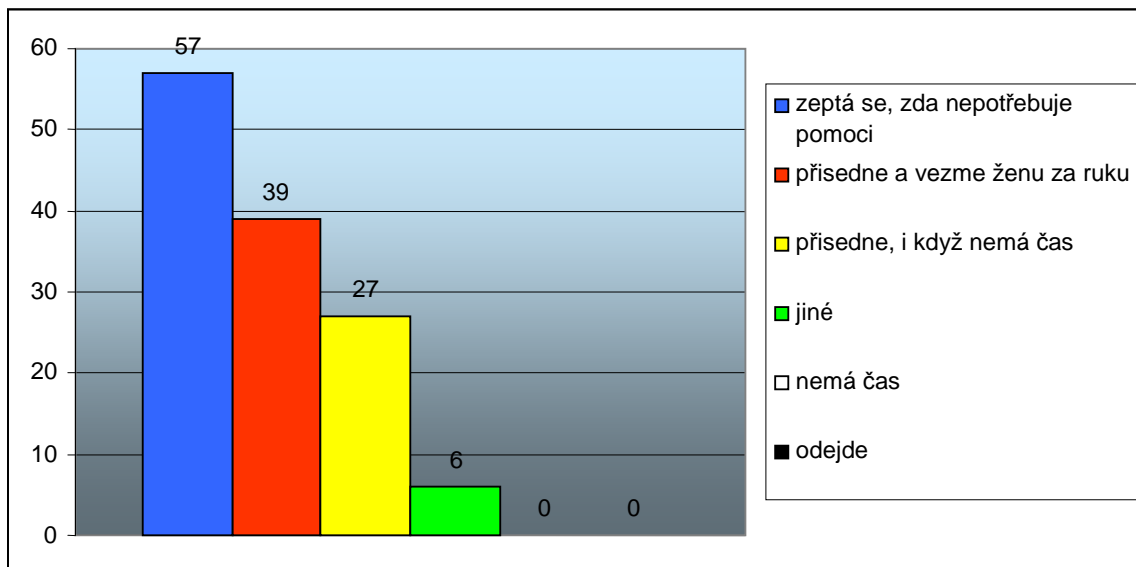
Při ošetřování žen s abortem z 90 (100 %) asistentek používá standardy 48 (53,3 %) asistentek, standardy nemá vypracované 27 (30,0 %) porodních asistentek, standardy nepoužívá 12 (13,4 %) dotazovaných a někdy standardy používají 3 (3,3 %) porodní asistentky.

Graf 28 Dostatek času na pacientky při poskytování ošetrovatelské péče



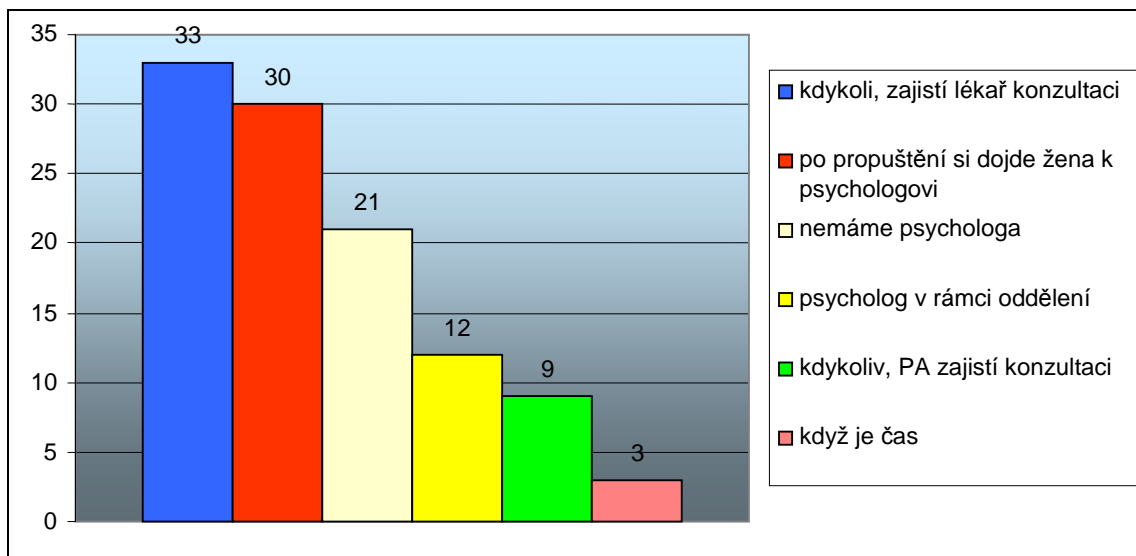
Dostatek času klientkám z 90 (100 %) porodních asistentek se 69 (76,7 %) snaží podle možností oddělení, 18 (20,0 %) porodních asistentek má dostatek času, 3 (3,3 %) asistentky mají málo času na ženy a možnost nevím neuvědla žádná porodní asistentka.

Graf 29 Péče u plačící ženy



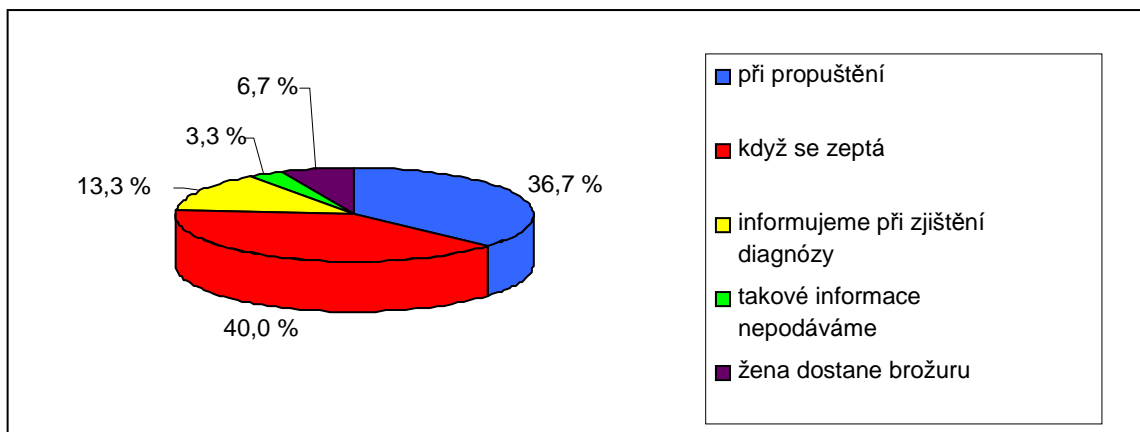
Z Grafu 29 vyplývá, že z 90 porodních asistentek, když žena pláče, žádná porodní asistentka neodejde, 57 porodních asistentek se zeptá, zda nepotřebuje žena pomoci, 39 porodních asistentek přisedne a vezme ženu za ruku, 27 porodních asistentek přisedne i když nemá čas a jinou odpověď zvolilo 6 asistentek. Žádná porodní asistentka neodpověděla, že by odešla nebo neměla na ženu čas. Dotazované porodní asistentky měly možnost výběru z více odpovědí.

Graf 30 Možnost hovořit s psychologem



Z výsledků Grafu 30 vyplývá, že z 90 dotazovaných porodních asistentek 33 porodních asistentek udává, že zajišťuje konzultaci lékaře kdykoliv, 30 porodních asistentek zajišťuje psychologickou pomoc po propuštění, psychologa nemá 21 porodních asistentek na oddělení, psychologa v rámci oddělení má 12 porodních asistentek, 9 porodních asistentek zajišťuje konzultaci samostatně a 3 porodní asistentky uvádí, že nemají čas se touto otázkou zabývat. Dotazované porodní asistentky měly možnost výběru z více možností odpovědí.

Graf 31 Informovanost žen o psychologické pomoci po propuštění z oddělení



Informace, na koho se mohou ženy obrátit po propuštění z oddělení v případě potřeby psychologické pomoci z 90 (100 %) porodních asistentek, informace podává na dotaz ženy 36 (40,0 %) asistentek, 33 (36,7 %) porodních asistentek informuje ženu při propuštění, vždy informuje už při zjištění diagnózy 12 (13,3 %) porodních asistentek, brožuru ženám dává 6 (6,7 %) porodních asistentek a žádné takové informace nepodávají 3 (3,3 %) porodní asistentky.

4.1 Výsledky kvalitativního šetření u žen

Tabulka 1 Věk žen

věk respondentek	R 1	R 2	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8	Celkem
20 - 24 let	x								1
25 – 29 let		x	x	x					3
30 – 34 let					x				1
35 – 39 let						x	x	x	3
40 a více let									0

Z 8 dotázaných žen byly 3 ženy (R2, R3, R4) ve věku 25 – 29 let, 3 ženy (R6, R7, R8) byly ve věku 35 – 39 let, 1 žena (R1) ve věku 20 – 24 let, 1 žena (R5) byla ve věku 30 – 34 let a žádná z respondentek nebyla starší 40 a více let.

Tabulka 2 Vzdělání žen

vzdělání žen	R 1	R 2	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8	Celkem
základní									0
učební obor	x	x							2
středoškolské				x	x		x	x	4
vyšší odborné			x						1
vysokoškolské						x			1

Z výsledků v Tabulce 2 je zřejmé, že z 8 oslovených žen měly 4 (R4,R5,R7,R8) ženy měly středoškolské vzdělání, 2 (R1,R2) z dotazovaných žen byly vyučeny, jedna žena (R3) měla vyšší odborné vzdělání a jedna (R6) vysokoškolské vzdělání. Žádná žena neměla základní vzdělání.

Tabulka 3 První hospitalizace na gynekologicko-porodnickém oddělení

počet hospitalizací	R 1	R 2	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8	celkem
první	x			x	x				3
vícekrát hospitalizovaná		x	x			x	x	x	5

Ze všech 8 dotázaných žen byly hospitalizované poprvé 3 ženy (R1,R4,R5) a vícekrát bylo hospitalizováno 5 žen (R2,R3,R6,R7,R8).

Tabulka 4 Počet abortů u ženy

počet abortů	R 1	R 2	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8	celkem
první	x			x	x	x		x	5
opakovaný		x	x				x		3

Z oslovených 8 žen prožívalo svůj první abort 5 (R1,R4,R5,R6,R8) žen a opakovaný abort 3 ženy (R2,R3,R7).

Tabulka 5 Informovanost o chodu oddělení

informovanost o chodu odd.	R 1	R 2	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8	celkem
ano	x	x	x	x	x	x	x	x	8
ne									0

Z Tabulky 5 vyplývá, že s chodem oddělení bylo seznámeno všech 8 (R1-R8) žen a žádná žena neuvedla odpověď ne.

Tabulka 6 Informovanost o režimových opatřeních během hospitalizace

informovanost	R 1	R 2	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8	celkem
ano	x	x	x	x	x	x	x		7
ne								x	1

Z Tabulky 6 je zřejmé, že o režimových opatřeních během hospitalizace bylo informováno 7 z 8 dotázaných žen (R1-R7) neinformovaná byla 1 žena (R8).

Tabulka 7 Respektování soukromí na oddělení

respektování soukromí	R 1	R 2	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8	celkem
ano		x	x	x				x	4
někdy	x				x	x	x		4
ne									0

Zásady soukromí na oddělení byly dodržovány u 4 žen (R2,R3,R4,R8) a u 4 žen (R1,R5,R6,R7) jen někdy ze všech 8 dotázaných žen. Žádná žena neuvedla odpověď ne.

Tabulka 8 Specifické požadavky žen na respektování soukromí

respektování soukromí	R 1	R 2	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8	celkem
ano		x	x	x	x				4
ne	x					x	x	x	4

Specifické požadavky na respektování soukromí mají 4 (R2,R3,R4,R5) ženy a ostatní 4 ženy (R1,R6,R7,R8) nemají žádné požadavky ze všech dotazovaných 8 žen.

Tabulka 9 Problémy žen během hospitalizace

problémy žen	R 1	R 2	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8	celkem
odhalování intimních částí těla	x	x	x	x	x		x		6
odtržení od rodiny	x	x	x	x	x				5
zdravotní stav	x			x	x				3
diagnostické, léčebné postupy	x			x	x				3
chod rodiny v mé nepřítomnosti	x			x	x				3
nedostatek informací	x	x							2
komunikace s personálem	x								1
nedostatek soukromí	x								1
narušení denních rituálů	x								1
omezené návštěvní hodiny	x								1
stravovací režim									0
dodržování denního režimu									0
zařízení pokoje									0
klid na oddělení									0

Výsledky Tabulky 9 ukazují, že největší problém během hospitalizace je z 8 dotazovaných žen u 6 respondentek (R1-R5,R7) odhalování intimních částí těla, u 5 žen (R1-R5) problém představuje odtržení od rodiny a domova, u 3 žen (R1,R4,R5) je to jejich zdravotní stav, 3 ženy (R1,R4,R5) uvádí diagnostické nebo léčebné postupy, 3 ženy ((R1,R4,R5) tíží chod rodiny v jejich nepřítomnosti, 2 ženy (R1,R2) uvedly

nedostatek informací a u 1 (R1) ženy je problémem komunikace s personálem, u 1 (R1) ženy je to nedostatek soukromí, 1 (R1) žena udává narušení obvyklých denních rituálů, 1 (R1) žena má omezené návštěvní hodiny. Problém není u žádné dotazované ženy se zařízením pokoje, dodržováním denního režimu, se stravovacím režimem a s dodržováním klidu na oddělení. Dotazované ženy uvedly více odpovědí.

Tabulka 10 Informovanost o léčbě abortu

informovanost o léčbě abortu	R 1	R 2	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8	celkem
ano	x	x	x	x	x	x	x	x	8
ne									0

V Tabulce 10 je patrné, že z 8 žen (R1-R8) byly informovány o možnostech léčby abortu všechny dotázané a žádná žena neuváděla odpověď ne.

Tabulka 11 Osoba podávající informace o problematice abortu

Osoba podávající informace	R 1	R 2	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8	celkem
lékař	x	x		x	x				4
lékař i porodní asistentka		x		x	x	x			4
porodní asistentka									0

V Tabulce 11 u 8 žen byly podávány informace a u 4 žen (R1,R2,R4,R5) je podával jen lékař. U ostatních 4 žen (R2,R4,R5,R6) byly informace podávány lékařem i porodní asistentkou. Žádná žena neodpověděla, že by jí informace podávala jen porodní asistentka.

Tabulka 12 Problémy žen s ošetrovatelskou péčí

problémy s ošetrovatelskou péčí	R 1	R 2	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8	celkem
sledování kapající infúze		x			x	x		x	4
sledování kontrakcí		x			x				2
sledování krvácení		x			x				2
sledování odtoku VP		x			x				2
Jiné		x			x				2
měření TT									0
měření TK a P									0
Sledování bolestí									0
sledování i.v. vstupů									0

Podle výsledků v Tabulce 12 u 8 dotazovaných žen, největší problém představuje pro 4 ženy (R2,R5,R6,R8) kapající infúze, u 2 žen (R2,R5) je problémem sledování kontrakcí, u 2 žen (R2,R5) je to sledování krvácení, 2 ženy (R2,R5) vidí problém ve sledování odtoku VP a 2 ženy (R2,R5) uvedly jiné možnosti, žádný problém nevidí ženy v měření TT, TK a P, ve sledování bolestí a sledování i.v. vstupů. Dotazované ženy uvedly více odpovědí.

Tabulka 13 Přítomnost jiné osoby při ošetrovatelské péči

přítomnost jiné osoby	R 1	R 2	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8	celkem
Ano	x	x	x	x	x	x	x	x	8
Ne									0

Podle Tabulky 13 byla u 8 žen (R1-R8) prováděna ošetrovatelská péče vždy v přítomnosti jiné osoby a žádná žena neuvádí, že by ošetrovatelská péče nebyla prováděna za přítomnosti jiné osoby.

Tabulka 14 Dostatek informací o péči

dostatek informací	R 1	R 2	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8	celkem
Ano	x			x	x		x	x	5
Ne			x			x			2
nevím		x							1

Z Tabulky 14 vyplývá, že dostatek informací o ošetrovatelské péči mělo z 8 dotázaných žen 5 (R1,R4,R5,R7,R8) žen, 2 ženy (R3,R6) neměly dostatek informací a 1 žena (R2) uvedla odpověď nevím.

Tabulka 15 Porozumění podaným informacím

porozumění informacím	R 1	R 2	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8	celkem
Ano	x	x	x	x	x	x	x	x	8
Ne									0

Všechny ženy z 8 dotázaných (R1-R8) dostatečně porozuměly podaným informacím a žádná žena podaným informacím neuvedla, že nerozuměla.

Tabulka 16 Spokojenost s úrovní podaných informací

Spokojenost s úrovní podaných informací	R 1	R 2	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8	celkem
Ano	x	x	x	x	x			x	6
částečně				x		x			2
Ne									0

S úrovní podaných informací bylo z 8 žen spokojeno 6 žen (R1-R5,R8), částečně byly spokojeny byly 2 ženy (R4,R6) a odpověď ne nevedla žádná žena, jak je znázorněno v tabulce 16.

Tabulka 17 Spokojenost s úrovní ošetrovatelské péče

spokojenost s úrovní oše. péče	R 1	R 2	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8	celkem
Ano	x	x	x	x	x	x	x	x	8
Ne									0
částečně									0

8 žen (R1-R8) bylo úplně spokojeno s úrovní ošetrovatelské péče, odpověď ne nebo částečně nevedla žádná žena.

Tabulka 18 Možnost setkání s psychologem

možnost setkání s psychologem	R 1	R 2	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8	celkem
Ne	x	x			x	x	x	x	6
Ano			x	x					2

Hovořit s psychologem v období po abortu neměly možnost z 8 dotazovaných žen 6 žen (R1,R2,R5-R8) a možnost hovořit s psychologem měly 2 ženy (R3,R4).

Tabulka 19 Informovanost o možnosti psychologické pomoci po propuštění z nemocnice

informovanost o psychologické péči po propuštění	R 1	R 2	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8	celkem
Ano	x	x					x	x	4
Ne			x	x	x	x			4

Z výsledků Tabulky 19 je patrné, že 4 ženy (R1,R2,R7,R8) dostaly informace o možnosti psychologické pomoci po propuštění z nemocnice a 4 ženy (R3-R6) neměly informace o možnosti psychologické pomoci z celkově 8 dotázaných žen.

Tabulka 20 Největší potíže u žen v období po abortu

potíže po abortu	R 1	R 2	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8	celkem
pocit prázdnoty		x	x	x	x	x			5
samota					x	x	x	x	4
nemožnost s někým mluvit	x	x							2
nedostatek času personálu							x	x	2
neporozumění rodiny			x	x					2
neochota personálu		x							1

Z Tabulky 20 je patrné, že z 8 dotazovaných žen, 5ti ženám (R2-R6) činí potíže pocit prázdnoty, pro 4 ženy (R5-R8) je největší potíží samota, 2 ženy (R3,R4) uvedly neporozumění rodiny, dvě ženy (R7,R8) uvedly nedostatek času personálu a 2 ženy (R1,R2) uvedly nemožnost s někým mluvit. U jedné ženy (R2) je problémem neochota personálu. Dotazované ženy uvedly více odpovědí.

Tabulka 21 Znalost pojmu Postabortivní syndrom

znalost pojmu Postabortivní syndrom	R 1	R 2	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8	celkem
ano	x		x	x	x	x	x	x	7
Ne		x							1

Podle tabulky 21 pojem Postabortivní syndrom z 8 oslovených znalo 7 žen (R1,R3-R8) a 1 žena (R2) nevěděla, co pojem znamená.

Tabulka 22 Řešení žen situace po abortu

řešení žen situace po abortu	R 1	R 2	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8	celkem
rozhovor s psychologem			x						1
pláč	x								1
rozhovor s lékařem		x							1
rozhovor s PA				x					1
jídlo									0
rozhovor s rodinou									0
rozhovor s jakoukoli osobou									0
vyhledáváním samoty									0

Jak řeší respondenty situaci po abortu je patrné z Tabulky 22. Jedna žena odpověděla (R3), že navštíví psychologa a řeší situaci rozhovorem, jedna žena řeší situaci pláčem (R1), jedna žena (R2) se poradí rozhovorem s lékařem a jedna žena (R4) odpověděla, že situaci po abortu řeší rozhovorem s porodní asistentkou. Na ostatní možnosti, jak řešit situaci po abortu, jídlem, rozhovorem s rodinou, rozhovorem s jakoukoli osobu a vyhledáváním samoty neodpověděla žádná žena. Dotazované ženy měly možnost výběru z více odpovědí.

Tabulka 23 Projevy Postabortivního syndromu u žen

projevy Postabortivního syndromu	R 1	R 2	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8	celkem
strach z pohledu na těhotné a děti									0
poruchy spánku									0
promiskuita a časté rozhody s partnerem									0
sebevražedné sklony									0
nadměrné požívání léků, alkoholu, drog									0
agresivita proti vlastní osobě									0
pocit viny									0
agresivita vůči otci a mužům	x								1
znovuprožívání potratu				x					1
nesoustředění se, hyperaktivita							x		1
přání znovu otěhotnět		x		x					2
nepřiměřené			x			x			2

emocionální reakce									
Frigidita				x	x				2
poruchy sebevědomí		x						x	2
pozorování těhotných	x		x		x				3
Deprese		x	x	x	x				4
dlouhotrvající pocit ztráty a prázdnoty	x	x		x	x	x		x	6

Podle výsledků z Tabulky 23 je patrné, že z projevů Postabortivního syndromu neuvádí žádná žena projevy strachu z pohledu na těhotné a děti, poruchy spánku, děsivé sny, promiskuitu, časté rozchody s partnerem, sebevražedné sklony, nadměrné požívání léků, alkoholu i drog, agresivitu proti vlastní osobě i pocity viny a ztracení. Jedna žena (R1) měla projevy agresivity vůči otci dítěte či všem mužům. Jedna žena (R4) uvedla, že stále znovuprožívá potrat. Jedna žena (R7) byla nesoustředěná a hyperaktivní. Dvě ženy (R1,R4) odpověděly, že se u nich Postabortivní syndrom projevoval přáním znovu otěhotnět. Dvě ženy (R3,R6) měly nepřiměřené emocionální reakce při spatření dítěte. Dvě ženy (R4,R5) měly sexuální poruchy (frigiditu). Dvě ženy (R2,R8) odpověděly, že měly poruchy sebevědomí. U třech žen (R1,R3,R5) byly projevy nadměrného pozorování těhotných žen a dětí. Čtyři ženy (R2-R5) uvedly projevy deprese a u šesti žen (R1,R2,R4-R6,R8) se projevovaly dlouhotrvající pocity ztráty a prázdnoty. Dotazované ženy uvedly více odpovědí.

Tabulka 24 Souhrn kvalitativního výzkumu

Otázky kvalitativního výzkumu	R 1	R 2	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8
věk žen	20-24 let	25-29 let	25-29 let	25-29 let	30-34 let	35-39 let	35-39 let	35-39 let
vzdělání žen	učební obor	učební obor	vyšší odborné	střed.	střed.	vysokoškol.	střed.	střed.
hospitalizace na gyn. – por. oddělení	první	opak.	opak.	první	první	opak.	opak.	opak.
počet abortů	první	opak.	opak.	první	první	první	opak.	první
informovanost o chodu odd.	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano
informovanost o režimových opatření	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ne
respektování soukromí žen	někdy	ano	ano	ano	někdy	někdy	někdy	ano
specifické požadavky na respektování soukromí u žen	ne	ano	ano	ano	ano	ne	ne	ne
problémy žen během hospitalizace	odhalování int. částí těla, odtržení od rodiny, zdravotní stav, dg. a léčebné postupy, chod rodiny, nedostatek informací, komunikace s personálem, nedostatek soukromí, narušení rituálů, omezené návštěvy, stravovací režim, dodržování den. režimu, zařízení pokoje, klid na oddělení	odhalování int. částí těla, odtržení od rodiny, nedostatek informací	odhalování int. částí těla, odtržení od rodiny	odhalování int. částí těla, odtržení od rodiny, zdrav. stav, dg. a léčebné postupy, chod rodiny	odhalování int. částí těla, odtržení od rodiny, zdrav. stav, dg. a léčebné postupy, chod rodiny	odhalování int. částí těla, odtržení od rodiny, zdrav. stav, dg. a léčebné postupy, chod rodiny	odhalování int. částí těla	
informovanost o léčbě	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano
problémy s oš. péčí		sledování infuze, sledování			sledování infuze, sledování	sledování infuze		sledování infuze

		kontrakcí, sledování krvácení, odtoku VP, jiné			kontrakcí, krvácení, odtoku VP, jiné			
přítomnost osoby při oš. péči	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano
dostatek inf. o oš. péči	ano			ano	ano		ano	ano
porozumění podaným informacím	ano	nevím	ne	ano	ano	ne	ano	ano
spokojenost s úrovní podaných inf.	ano	ano	ano	částečně	ano	ne	částečně	ano
spokojenost s úrovní oš. péče	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano
možnost setkání s psychologem	ne	ne	ano	ano	ne	ne	ne	ne
informovanost o psych. pomoci po propuštění	ano	ano	ne	ne	ne	ne	ano	ano
potíže po abortu	možnost s někým mluvit	pocit prázdnoty, možnost s někým mluvit, neoch ota personálu	pocit prázdnoty, neporozumě ní rodiny	pocit prázdnoty, neporozu mění rodiny	pocit prázdnoty, samota	pocit prázdnoty	samota	samota
znalost pojmu Postabortivní syndrom	ano	ne	ano	ano	ano	ano	ano	ano
řešení situace po abortu	pláč	rozhovor s lékařem	rozhovor s psychologem	rozhovor s PA				
projevy Postabortivního syndromu	agresivita vůči otci a mužům, pozorování těhotných, dlouhotrv. pocit prázdnoty	přání znovu otěhotnět, poruchy sebevědomí, deprese, dlouhodobé pocity prázdnoty	nepřiměřené emoce, deprese	znovuprož ívání potratu, frigidita deprese dlouhodo bé pocity prázdnoty	frigidita pozorov. těhotných, deprese, dlouhodo bé pocity prázdnoty	nepřiměřené emoce, dlouhodobé pocity prázdnoty	nesoustředění, hyperaktivita	poruchy sebevědo mí, dlouhodo bé pocity prázdnoty

V Tabulce 24 respondentka 1 byla ve věku 20 – 24 let, vyučena, byla hospitalizovaná poprvé a jednalo se u ní o první abort. O chodu oddělení byla informovaná a také o režimových opatřeních. Její soukromí bylo respektováno jen někdy, ale specifické požadavky na jejich respektování neměla. Jako problém během hospitalizace uvedla odhalování intimních částí těla, odtržení od rodiny, zdravotní stav, dg. a léčebné postupy, chod rodiny, nedostatek informací, komunikace s personálem, nedostatek soukromí, narušení rituálů, omezené návštěvy, stravovací režim, dodržování den. režimu, zařízení pokoje a klid na oddělení. Říkala, že o léčbě informovaná byla, problémy s ošetrovatelskou péčí neměla. Při jejím ošetřování byla vždy přítomna jiná osoba, informovaná byla dostatečně a také byla spokojená s úrovní podaných informací. Během hospitalizace neměla možnost se setkat s psychologem, ale o psychologické pomoci po propuštění informovaná byla. Jako potíže po abortu uvedla možnost s někým mluvit, pojem Postabortivní syndrom znala a situaci po abortu řešila pláčem. Její projevy Postabortivního syndromu byli agresivita vůči otci a mužům, pozorování těhotných, dlouhotrvající pocit prázdnoty.

Respondentka 2 byla ve věku 25 – 29 let, vyučena, byla hospitalizovaná opakovaně a jednalo se u ní o opakovaný abort. O chodu oddělení byla informovaná a také o režimových opatřeních. Její soukromí bylo respektováno, měla specifické požadavky na respektování jejího soukromí. Jako problém během hospitalizace uvedla odhalování intimních částí těla, odtržení od rodiny a nedostatek informací. O léčbě informovaná byla, problémy s ošetrovatelskou péčí měla se sledováním infuzí, sledování kontrakcí, krvácení a odtoku VP. Při jejím ošetřování byla vždy přítomna jiná osoba, nevěděla, zda porozuměla všem informacím, ale s úrovní podaných informací spokojená byla. Také s úrovní ošetrovatelské péče byla spokojena. Během hospitalizace neměla možnost se setkat s psychologem, ale o psychologické pomoci po propuštění informovaná byla. Jako potíže po abortu uvedla pocit prázdnoty, možnost s někým mluvit, neochota personálu, pojem Postabortivní syndrom neznala a situaci po abortu řešila rozhovorem s lékařem. Její projevy Postabortivního syndromu byli přání znovu otěhotnět, poruchy sebevědomí, deprese, dlouhodobé pocity prázdnoty.

Respondentka 3 byla ve věku 25 – 29 let, měla vyšší odborné vzdělání, byla hospitalizovaná opakovaně a jednalo se u ní o opakovaný abort. O chodu oddělení byla informovaná a také o režimových opatřeních. Její soukromí bylo respektováno, měla specifické požadavky na respektování jejího soukromí. Jako problém během hospitalizace uvedla odhalování intimních částí těla a odtržení od rodiny. O léčbě informovaná byla, problémy s ošetrovatelskou péčí neměla. Při jejím ošetřování byla vždy přítomna jiná osoba, dostatek informací o ošetrovatelské péči neměla, neporozuměla všem podaným informacím, ale s úrovní podaných informací spokojená byla. Také s úrovní ošetrovatelské péče byla spokojena. Během hospitalizace měla možnost se setkat s psychologem, ale o psychologické pomoci po propuštění informovaná nebyla. Jako potíže po abortu uvedla pocit prázdnoty, neporozumění rodiny, pojem Postabortivní syndrom znala a situaci po abortu řešila rozhovorem s psychologem. Její projevy Postabortivního syndromu byli nepřiměřené emoce a deprese.

Respondentka 4 byla ve věku 25 – 29 let, měla středoškolské vzdělání, byla hospitalizovaná poprvé jednalo se u ní o první abort. O chodu oddělení byla informovaná a také o režimových opatřeních. Její soukromí bylo respektováno, měla specifické požadavky na respektování jejího soukromí. Jako problém během hospitalizace uvedla odhalování intimních částí těla, odtržení od rodiny, zdravotní stav, diagnostické a léčebné postupy a chod rodiny. O léčbě informovaná byla, problémy s ošetrovatelskou péčí neměla. Při jejím ošetřování byla vždy přítomna jiná osoba, bylo jí podáno dostatek informací, kterým porozuměla, s úrovní podaných informací byla spokojena částečně a s úrovní ošetrovatelské péče spokojena byla. Během hospitalizace měla možnost se setkat s psychologem, ale o psychologické pomoci po propuštění informovaná nebyla. Jako potíže po abortu uvedla pocit prázdnoty, neporozumění rodiny, pojem Postabortivní syndrom znala a situaci po abortu řešila rozhovorem s porodní asistentkou. Z projevů Postabortivního syndromu měla znovuprožívání potratu, frigiditu, deprese a dlouhodobé pocity prázdnoty.

Respondentka 5 byla ve věku 30 – 34 let, měla středoškolské vzdělání, byla hospitalizovaná poprvé jednalo se u ní o první abort. O chodu oddělení byla

informovaná a také o režimových opatřeních. Její soukromí bylo respektováno jen někdy, měla specifické požadavky na respektování jejího soukromí. Problém během hospitalizace měla při odhalování intimních částí, odtržení od rodiny, zdravotní stav, diagnostické a léčebné postupy a chod rodiny. O léčbě informovaná byla, problémy s ošetrovatelskou péčí měla při sledování infuze, krvácení a odtoku VP. Při jejím ošetřování byla vždy přítomna jiná osoba, bylo jí podáno dostatek informací a všem porozuměla. S úrovní podaných informací byla spokojena a s úrovní ošetrovatelské péče také. Během hospitalizace neměla možnost se setkat s psychologem a o psychologické pomoci po propuštění informovaná nebyla. Jako potíže po abortu uvedla pocit prázdnoty a samotu. Pojem Postabortivní syndrom znala a jak řešila situaci po abortu nevedla. Z projevů Postabortivního syndromu měla frigiditu, pozorování těhotných, deprese a dlouhodobé pocity prázdnoty.

Respondentka 6 byla ve věku 35 – 39 let, měla vysokoškolské vzdělání, byla hospitalizovaná opakovaně a jednalo se u ní o první abort. O chodu oddělení byla informovaná a také o režimových opatřeních. Její soukromí bylo respektováno jen někdy, neměla specifické požadavky na respektování jejího soukromí. Problém během hospitalizace neměla, o léčbě informovaná byla, problémy s ošetrovatelskou péčí měla při sledování infuze. Při jejím ošetřování byla vždy přítomna jiná osoba, nebylo jí podáno dostatek informací a všem neporozuměla. S úrovní podaných informací nebyla spokojena, ale s úrovní ošetrovatelské péče ano. Během hospitalizace neměla možnost se setkat s psychologem a o psychologické pomoci po propuštění informovaná nebyla. Jako potíže po abortu uvedla pocit prázdnoty. Pojem Postabortivní syndrom znala a jak řešila situaci po abortu nevedla. Z projevů Postabortivního syndromu se u ní projevovali nepřiměřené emoce a dlouhodobé pocity prázdnoty.

Respondentka 7 byla ve věku 35 – 39 let, měla středoškolské vzdělání, byla hospitalizovaná opakovaně a jednalo se u ní o opakovaný abort. O chodu oddělení byla informovaná a také o režimových opatřeních. Její soukromí bylo respektováno jen někdy, neměla specifické požadavky na respektování jejího soukromí. Jako problém během hospitalizace uvedla odhalování intimních částí těla. O léčbě informovaná byla

a problémy s ošetrovatelskou péčí nevedla žádné. Při jejím ošetřování byla vždy přítomna jiná osoba, bylo jí podáno dostatek informací a všem informacím porozuměla. S úrovní podaných informací byla spokojena jen částečně a s úrovní ošetrovatelské péče byla spokojena. Během hospitalizace neměla možnost se setkat s psychologem, ale o psychologické pomoci po propuštění informovaná byla. Jako potíže po abortu uvedla samotu. Pojem Postabortivní syndrom znala a jak řešila situaci po abortu nevedla. Z projevů Postabortivního syndromu se u ní projevovali nesoustředění a hyperaktivita.

Respondentka 8 byla ve věku 35 – 39 let, měla středoškolské vzdělání, byla hospitalizovaná opakovaně a jednalo se u ní o první abort. O chodu oddělení byla informovaná a o režimových opatřeních informovaná nebyla. Její soukromí bylo vždy respektováno a neměla specifické požadavky na respektování jejího soukromí. Problém během hospitalizace neměla. O léčbě informovaná byla a problémy s ošetrovatelskou péčí viděla ve sledování infuze. Při jejím ošetřování byla vždy přítomna jiná osoba, bylo jí podáno dostatek informací a všem informacím porozuměla. S úrovní podaných informací a s ošetrovatelskou péčí byla spokojena. Během hospitalizace neměla možnost se setkat s psychologem, ale o psychologické pomoci po propuštění informovaná byla. Jako potíže po abortu uvedla samotu. Pojem Postabortivní syndrom znala a jak řešila situaci po abortu nevedla. Z projevů Postabortivního syndromu se u ní projevovali poruchy sebevědomí a dlouhodobé pocity prázdnoty.

5. Diskuse

Bakalářská práce se zabývá problematikou žen po abortu a je zaměřena na ošetrovatelskou péči, informovanost klientek, zajištění intimity klientek a na péči podle standardů. Při sběru dat jsme se nesetkali s neochotou a nevolí ze strany porodních asistentek, ani ze strany hospitalizovaných žen. Přístup obou skupin byl pozitivní a spolupráce byla jak ze strany porodních asistentek (70 %), tak ze strany žen (100 %). Obě strany se zajímaly o výsledky výzkumného šetření.

Výzkumného šetření se účastnily porodní asistentky v 5 nemocnicích České republiky (Ústí nad Labem, Jindřichův Hradec, České Budějovice, Třebíč a Brno). Druhým výzkumným souborem bylo 8 klientek hospitalizovaných na gynekologicko-porodnickém oddělení v Ústí nad Labem.

Graf 1 znázorňuje věk porodních asistentek. Největší zastoupení měly porodní asistentky mezi 30 – 34. rokem věku 27 (30,0 %), na dalším místě bylo 21 (23,3 %) porodních asistentek ve věku 40 a více, dále ve věku 25 – 29 bylo 15 (16,7 %) porodních asistentek, ve věku 35 – 39 let bylo 15 (16,7 %) porodních asistentek a 12 (13,3 %) porodních asistentek bylo ve věkovém rozmezí 20 – 24 let. Z 8 dotázaných žen byly 3 ženy ve věku 25 – 29 let, 3 ženy byly ve věku 35 – 39 let, 1 žena ve věku 20 – 24 let, 1 žena byla ve věku 30 – 34 let a žádná z respondentek nebyla starší 40 a více let (Tabulka 1).

Na gynekologicko-porodnickém oddělení pracovalo do 10 let 48 (53,3 %) porodních asistentek, 11 – 20 let pracovalo 18 (20,0 %) z dotazovaných asistentek a déle než 21 let na oddělení pracovalo 24 (26,7 %) porodních asistentek, což znázorňuje Graf 2.

Vzdělání porodních asistentek je ukázáno v Grafu 3, kdy 45 (50,0 %) mělo středoškolské vzdělání, 30 (33,3 %) mělo vyšší odborné vzdělání a 15 (16,7 %) porodních asistentek dosáhlo vysokoškolského vzdělání. Z 8 oslovených žen, měly 4 ženy středoškolské vzdělání, 2 z dotazovaných žen byly vyučeny, jedna žena měla vyšší odborné vzdělání, jedna měla vysokoškolské vzdělání a žádná žena neměla základní vzdělání (Tabulka 2). Vzdělání porodních asistentek stále vzrůstá a nutnost celoživotního vzdělávání je velká. Podle Jičínské a Haškovcové (16, 22) je sestra

povinna se neustále vzdělávat, tím zvyšuje svoji profesionální úroveň, má se zúčastňovat vzdělávacích akcí a své nové poznatky používat v ošetrovatelské péči.

V Grafu 4 je znázorněno představování se klientkám při přijetí na oddělení. Z dotazovaných se při přijetí klientky na oddělení představovalo vždy 30 (33,3 %) porodních asistentek, 30 (33,3 %) asistentek se nepředstavovalo, jen někdy se představovalo 27 (30,0 %) porodních asistentek a jen u 3 (3,4 %) dotazovaných se představovali jen lékaři. Je nutné se zamyslet nad tím, že by se měly představovat všechny porodní asistentky vždy a tím by si zajistily příjemnější první kontakt s ženou. Při dotazování nebyla klientkám otázka představování nepříjemná, ale naopak vyjadřovala vřelý přístup a navozovala přátelské ovzduší.

87 (96,7 %) porodních asistentek seznamuje klientky s chodem oddělení a prostorovým uspořádáním a jen 3 (3,3 %) neseznamuje ženy s chodem oddělení, jak je znázorněno v Grafu 5. Haškovcová uvádí, že pacienti jsou povinni seznámit se s pravidly nemocničního řádu a dodržovat je (23). Z výzkumného šetření je patrné, že s chodem oddělení bylo informováno 8 klientek z 8 dotazovaných, jak je uvedeno v Tabulce 5.

V Grafu 6 jsou zřetelné osoby přítomny při sdělování diagnózy. Z výsledku dotazovaných 90 porodních asistentek, které měly možnost výběru z více odpovědí vyplývá, že 60 porodních asistentek je přítomna u ženy při sdělování diagnózy, 51 porodních asistentek při sdělování diagnózy nechává ženu s lékařem, u 36 je u ženy přítomen partner, 30 asistentek odpovědělo, že je u ženy přítomna osoba z rodiny, 27 porodních asistentek je přítomných i s partnerem u ženy při sdělování diagnózy, 21 porodních asistentek nechává ženu samotnou a 3 plní přání klientky. Jen 3 porodní asistentky plní přání klientky, což je velmi málo a žena není vždy plně seznámena s přítomností jiné osoby. Nad touto otázkou se také pozastavuje Haškovcová. Potvrzuje, že je nutné klientku o přítomnosti jiné osoby informovat, ale také umožnit ženě odmítnout přítomnost jiné osoby (23).

Vhodné prostory pro sdělování závažné diagnózy používá 69 (76,7 %) porodních asistentek z 90 (100 %) a nepoužívá je či je nemají k dispozici 21 (23,3 %) porodních asistentek, což je znázorněno v Grafu 7.

Informovanost žen o možných postupech při abortu je uvedeno v Grafu 8. Výsledky ukazují, že z 90 porodních asistentek 66 uvádí, že je žena informovaná o postupech při abortu, 51 porodních asistentek informuje ženu s lékařem, 18 asistentek upřednostňují přítomnost partnera ženy a 9 žen jakoukoli osobu z rodiny, 6 porodních asistentek informuje ženu samostatně a odpověď ne nezvolila žádná porodní asistentka.

Z výzkumného šetření v Grafu 9 se poukazuje na to, zda je podpis informovaného souhlasu pacientky součástí podávaných informací. Z 90 porodních asistentek, 38 porodních asistentek informovaný souhlas ženě nechává na přečtení a nechává jim dostatek času na případné nejasnosti, u 30 dotazovaných porodních asistentek se uvádí, že dávají souhlas ženám, 22 asistentek dává ženě informovaný souhlas a žena má čas na přečtení, 5 asistentek nedává při podávání informací souhlas a 5 porodních asistentek souhlas vysvětluje zvlášť. Informovaný souhlas dává podepsat ve 42 (46,7 %) případech lékař, v 33 (36,6 %) případech tak činí lékař nebo porodní asistentka dle dohody a u 15 (16,7 %) žen dává podepsovat souhlas porodní asistentka, což je znázorněno v Grafu 10.

Graf 11 vyjadřuje podávání informací o okolnostech vedoucích k abortu. Z 90 (100 %) porodních asistentek 51 (56,7 %) podává informace, i když není vždy možné zjistit pravou příčinu, vždy informuje 27 (30,0 %) porodních asistentek, 12 (13,38 %) informace nepodává, když není možné zjistit příčinu a ne neodpověděla žádná porodní asistentka. Podávat informace je důležité a mnohdy tak zdravotničtí pracovníci činí jen na dotaz klientky. I Trachtová uvádí, že potřebu informací a orientaci v problému, pokládá za důležitou (24). V Tabulce 9 je patrné, že z 8 žen byly informovány o možnostech léčby abortu všechny dotázané a odpověď ne nezvolila žádná žena.

Přístupy ke klientkám, které volí porodní asistentky jsou uvedeny v Grafu 12. Individuální přístup ke klientkám volí 66 (73,3 %) porodních asistentek, snahu o empatický přístup má 15 (16,7 %) porodních asistentek, naučené fráze při ošetřování klientek nemá 6 (6,7 %) porodních asistentek a naopak je má 1 (2,2 %) porodní asistentka a ke všem klientkám stejně přistupují 2 (1,1 %) porodní asistentky. Trachtová a Vymětal uvádí, že s hospitalizací jsou vždy spojeny negativní pocity (24,25).

Podávání informací o ošetrovatelských úkonech je znázorněno v Grafu 13. Všechny ošetrovatelské úkony klientkám vysvětluje 69 (76,7 %) porodních asistentek, jen některé vhodné úkony vysvětluje 15 (16,7 %) asistentek, nevysvětlují žádné ošetrovatelské úkony 3 (3,3 %) porodní asistentky a 3 (3,3 %) porodní asistentky si myslí, že není třeba vysvětlovat úkony, které u klientky provádí. V Tabulce 11 u 8 žen byly podávány informace a u 4 žen je podával jen lékař. U ostatních 4 žen byly informace podávány lékařem i porodní asistentkou. Žádná žena neodpověděla, že by jí informace podávala jen porodní asistentka.

Výkony o kterých porodní asistentky klientky informují jsou znázorněny v Grafu 14, kde měly dotazované porodní asistentky možnost výběru z více odpovědí. Z 90 dotázaných porodních asistentek informuje ženu 90 porodních asistentek o možnosti vzniku silnějších bolestí, 84 porodních asistentek informuje o měření TK a P a 84 porodních asistentek informuje o krvácení. 78 porodních asistentek informuje o měření tělesné teploty, 57 informuje o možnosti vaginálního vyšetření, 54 o možnosti odtoku plodové vody u velkých abortů a 54 porodních asistentek o možnosti svodné analgezie. 48 porodních asistentek informuje ženu o indukci potratu a 45 informuje o zavedení preindukce u velkých abortů. Nejpodstatnější jsou však jednotné informace a podpora terapeutických vztahů, vztahů důvěry ve zdravotnické zařízení a personál, jak uvádí Ratislavová (29).

Dostatek informací o ošetrovatelské péči u klientek s abortem poskytuje z 90 (100 %) 54 (60,0 %) porodních asistentek, jen někdy podává informace o ošetrovatelské péči 33 (36,7 %) porodních asistentek a informace neposkytují 3 (3,3 %) porodní asistentky, jak je uvedeno v Grafu 15. Měl by se klást důraz na poskytování informací o ošetrovatelské péči a ženám poskytnout dostatek času na případné dotazy. Také Trachtová uvádí důležitost informací (24). Z Tabulky 14 vyplývá, že dostatek informací o ošetrovatelské péči mělo z 8 dotázaných žen 5 žen, 2 ženy neměly dostatek informací a 1 žena uvedla odpověď nevím.

Spokojenost klientek s podáváním informací je znázorněn v Grafu 16. Z 90 (100 %) porodních asistentek si myslí, že jsou klientky spokojené s podanými informacemi

o ošetrovateľskej péči ve 48 (53,3 %) prípadoch, někdy je spokojených 42 (46,7 %) klientek a žádná žena nezvolila odpoveď ne. Všetchny ženy z 8 dotázaných dostatečně porozuměly podaným informacím a žádná žena nezodpověděla ne, jak je uvedeno v Tabulce 15. S úrovni podaných informací bylo z 8 žen spokojeno 6 žen, nespokojeny byly 2 ženy a odpoveď ne neuvedla žádná žena, jak je znázorněno v Tabulce 16.

Při poskytování ošetrovateľskej péče u žen s abortem byly sledované následující parametry zahrnuté v Grafu 17. Z 90 dotazovaných porodních asistentek TK a P sleduje 90 asistentek, o bolest se zajímá také 90 porodních asistentek, krvácení sleduje 87 porodních asistentek, tělesnou teplotu sleduje 81, o celkový stav ženy se zajímá 81 porodních asistentek, odtok VP sleduje 75 porodních asistentek, i.v. vstupy kontroluje 75 porodních asistentek, kontrakce sleduje 72 porodních asistentek, rychlost kapající infúze sleduje 69 porodních asistentek, o výsledky vyšetření se zajímá 54 asistentek, po výkonu do 12. týdne saturaci kyslíku sleduje 9 porodních asistentek a jiné záležitosti jsou podstatné u 3 porodních asistentek. Podle výsledků v Tabulce 12 u 8 dotazovaných žen, je největším problémem pro 4 ženy kapající infuze, u 2 žen je problémem sledování kontrakcí porodními asistentkami, u 2 žen krvácení je to sledování krvácení, 2 ženy vidí problém ve sledování odtoku plodové vody a 2 ženy uvedly jiné možnosti. Žádný problém nevidí ženy při měření TT, TK a P, při sledování bolestí a sledování i.v. vstupů.

Graf 18 znázorňuje spokojenost klientek s poskytovanou ošetrovateľskou péčí. Z dotazovaných 90 (100 %) asistentek 36 (40,0 %) si myslí, že jsou ženy s abortem spokojené s ošetrovateľskou péčí, 36 (40,0 %) porodních asistentek uvedlo, že neví, někdy spokojenost uvádí 15 (16,7 %) porodních asistentek a nespokojenost s péčí uvádí 3 (3,3 %) asistentek. V Tabulce 17 je uvedeno, že 8 žen bylo úplně spokojeno s úrovni ošetrovateľskej péče, odpoveď ne nebo částečně neuvedla žádná žena. Způsoby zjišťování spokojenosti žen s abortem s ošetrovateľskou péčí jsou uvedeny v Grafu 19. Z 90 asistentek odpovědělo takto, anonymní dotazníky používá 45 porodních asistentek, z poděkování usuzuje 42 asistentek, podle rozloučení usuzuje také 42 porodních asistentek, osobní rozhovor využívá 36 porodních asistentek, 15 porodních asistentek nezjišťuje spokojenost pacientek s poskytovanou péčí, audity na poskytovanou péčí se

provádí na pracovištích u 3 dotazovaných porodních asistentek a čas na zjišťování spokojenosti s ošetrovatelskou péčí nemají 3 porodní asistentky. Dotazované porodní asistentky měli možnost výběru z více odpovědí.

V Grafu 20 je zakreslen pohybový režim žen s abortem na oddělení. Z dotazovaných 90 (100 %) porodních asistentek odpovědělo, že klid na lůžku zajišťuje 48 (53,3 %) asistentek, neomezený pohybový režim uvádí 33 (36,7 %) porodních asistentek a přísný klid na lůžku u žen zajišťuje 9 (10,0 %) porodních asistentek. Ratislavová uvádí, že by bylo ideální začlenit do režimu dlouhodobě hospitalizovaných s klidem na lůžku ergoterapii, arteterapii nebo muzikoterapii. Tyto metody vedou ke zklidnění, exploraci emocí, odpoutání pozornosti, psychické stimulaci (29). Z rozhovoru s klientkami bylo zjištěno, že o režimových opatřeních bylo informováno 7 a 1 žena nebyla informována z 8 dotazovaných, jak je uvedeno v Tabulce 6.

Z Grafu 21 vyplývá, že z dotazovaných 90 porodních asistentek 51 zajišťuje ženám dostatek soukromí, 51 podle možností oddělení, nadstandardní pokoj nabízí ženám využívat 6 asistentek, 3 porodní asistentky ukládají ženu podle místa a na centrálním příjmu není na pokoj umístěna žádná žena. Při hospitalizaci je nápor na psychiku ženy velký, jak uvádí Ratislavová (29).

Grafu 22 nám ukazuje, že 60 (66,7 %) porodních asistentek respektuje přání klientek při výběru pokoje, 27 (30,0 %) asistentek preferují soukromí klientek a 3 (3,3 %) porodní asistentky si myslí, že mají být s ostatními klientkami na pokoji. Žádná asistentka neodpověděla, že neví, zda by měla být žena po abortu sama na pokoji. Ratislavová uvádí, že je důležité umožnit návštěvy příbuzných na pokoji (29). Neomezené návštěvy umožňuje ženám 66 (73,3 %) porodních asistentek, snahu má o umožnění návštěv 21 (23,4 %) porodních asistentek dle možností a domluvy s lékařem. Dodržování návštěvních hodin upřednostňují 3 (3,3 %) porodní asistentky, jak ukazuje Graf 23.

Zajišťování intimity klientky je znázorněno v Grafu 24. Intimita klientky je vždy zajišťována 48 porodními asistentkami, intimitu se snaží zajišťovat u žen 48 porodních asistentek, žádná z dotazovaných asistentek nevedla nevhodné prostory, aby nemohla být zajištěná intimita pacientek, také žádná porodní asistentka nevedla nevhodné

vybavení a poskytování intimity na žádost ženy, neuvedla žádná porodní asistentka. Porodní asistentky měly možnost výběru z více odpovědí.

Podle odpovědí žen v Tabulce 13, byla u 8 žen prováděna ošetrovatelská péče vždy v přítomnosti jiné osoby a žádná žena neuvádí odpověď ne.

Graf 25 znázorňuje respektování soukromí klientky během hospitalizace. Soukromí klientek je z 90 porodních asistentek respektováno u 42 (46,7 %), částečně je respektováno u žen u 39 (43,3 %) porodních asistentek a nerespektováno je u žen z provozních důvodů 9 (10,0 %) porodnímu asistentkami. Zásady respektování soukromí na oddělení byly dodržovány u 4 dotazovaných žen a u 4 žen jen někdy z 8 dotazovaných žen, jak je uvedeno v Tabulce 7. Zásady respektování soukromí jsou zobrazeny v Grafu 26. Dotazované porodní asistentky měly možnost výběru z více možností odpovědí. Z následujících zásad soukromí 84 porodních asistentek sděluje informace jen osobám, které pacientka uvedla do dokumentace, zavírání dveří při vyšetření dodržuje 78 dotazovaných porodních asistentek, 75 asistentek dodržuje diskrétní odkrývání částí těla při vizitě, v 72 případech je přítomna porodní asistentka i lékař při vyšetření, 63 porodních asistentek klepe při vstupu do pokoje, 30 porodních asistentek dodržuje ošetřování pacientky vždy stejnou porodní asistentkou, 21 porodních asistentek uvedlo, že je přítomen při vyšetření jen lékař, 21 porodních asistentek používá při vyšetření pleny nebo zástěny a jen 12 porodních asistentek uvádí vyšetření vždy stejným lékařem. Specifické požadavky na respektování soukromí mají 4 ženy a ostatní 4 ženy nemají žádné požadavky na respektování soukromí ze všech dotazovaných 8 žen, jak je znázorněno v Tabulce 8.

Do respektování soukromí také patří mlčenlivost, na kterou je vázaný zdravotnický personál. To potvrzuje slova Haškovcové, která uvedla, že zdánlivě nepodstatné věci mají pro pacienty také velký význam (23).

Výsledky Tabulky 9 ukazují, že největší problém během hospitalizace je z 8 dotazovaných žen u 6 žen odhalování intimních částí těla, u 5 žen problém představuje odtržení od rodiny a od domova, u 3 žen je to jejich zdravotní stav, 3 ženy uvádí diagnostické nebo léčebné postupy, 3 ženy tíží chod rodiny v jejich nepřítomnosti, 2 ženy uvedly nedostatek informací, u 1 ženy je problémem komunikace s personálem,

u 1 ženy je to nedostatek soukromí, 1 žena udává narušení obvyklých denních rituálů a 1 žena má omezené návštěvní hodiny. Problém není u žádné dotazované v zařízení pokoje, dodržování denního režimu, ve stravovacím režimu a dodržování klidu na oddělení. Dotazované ženy udávaly i více odpovědí.

Používání porodnických standardů při ošetřování žen s abortem z 90 (100 %) porodních asistentek používá standardy 48 (53,3 %) asistentek, standardy nemají vypracované na odděleních u 27 (30,0 %) porodních asistentek, standardy nepoužívá 12 (13,4 %) dotazovaných porodních asistentek a někdy standardy používají 3 (3,3 %) porodní asistentky, znázorňuje Graf 27.

Dostatek času na pacientky při poskytování ošetrovatelské péče je uvedeno v grafu 28. Dostatek času se snaží podle možností oddělení poskytnout 69 (76,7 %) porodních asistentek, 18 (20,0 %) porodních asistentek má dostatek času, 3 (3,3 %) porodní asistentky mají málo času na ženy při poskytování péče a možnost nevím nevedla žádná porodní asistentka.

Péče poskytovaná plačícím ženám je znázorněna na Grafu 29. Z 90 porodních asistentek, když žena pláče, žádná neodejde, 57 porodních asistentek se zeptá, zda nepotřebuje žena pomoci, 39 asistentek si přisedne a vezme ženu za ruku, 27 porodních asistentek si k ženě přisedne i když nemá čas a jinou odpověď zvolilo 6 porodních asistentek. Žádná porodní asistentka neodpověděla, že by odešla nebo neměla na ženu čas. Magyarová uvádí, že rodiče mají právo plakat, je důležité podpořit proces smutnění u rodičů tak, aby byl smutek zpracovaný a rodiče se mohli se svou ztrátou vyrovnat. Nebojme se dát najevo rodičům náš smutek. Budou vědět, že je chápete, že spolucítíte (28).

Možnost hovořit s psychologem je uvedeno z výsledků v Grafu 30, ze kterého vyplývá, že 33 porodních asistentek odpovědělo, že zajišťuje konzultaci pacientce kdykoliv lékař, 30 porodních asistentek zajišťuje psychologickou pomoc po propuštění, psychologa nemá na oddělení 21 porodních asistentek, psychologa v rámci oddělení má 12 asistentek, 9 porodních asistentek zajišťuje samostatně konzultaci a 3 porodní asistentky uvádí, že nemají čas se touto otázkou zabývat. Rozhovor se ženou by se měl uskutečnit do jednoho týdne od potratu podle Rastislavové (29). V Tabulce 18 je

uvedena možnost hovořit s psychologem v období po abortu, tuto možnost z 8 dotazovaných žen nemělo 6 žen a možnost hovořit s psychologem měly 2 ženy.

Informovanost žen o psychologické pomoci po propuštění z oddělení podává na dotaz ženy 36 (40,0 %) asistentek, 33 (36,7 %) porodních asistentek informuje ženu o možnosti psychologické pomoci při propuštění, vždy informuje ženy už při zjištění diagnózy 12 (13,3 %) porodních asistentek, brožuru ženám dává 6 (6,7 %) porodních asistentek a žádné takové informace nepodávají 3 (3,3 %) porodní asistentky (Graf 31). Porodní asistentka by měla ženě zajistit dostatek soukromí, podporovat ženu ve vyjadřování pocitů, otevřené komunikaci, sledovat její psychický a emocionální stav, jak uvádí Rastislavová (29). Z výsledků Tabulky 19 je patrné, že 4 ženy dostaly informace o možnosti psychologické pomoci po propuštění z nemocnice a 4 ženy neměly informace o možnosti psychologické pomoci z celkově 8 dotázaných žen.

Z dotazovaných 8 žen byly hospitalizovány na gynekologicko-porodnickém oddělení poprvé 3 ženy a vícekrát bylo hospitalizováno 5 žen (Tabulka 3). U pěti žen se jednalo o první abort a u třech žen šlo o opakovaný abort (Tabulka 4).

V Tabulce 20 jsou patrné největší obtíže žen v období po abortu, z 8 dotazovaných žen, 5ti ženám činí potíže pocit prázdnoty, pro 4 ženy je největší potíží samota, 2 ženy uvedly nepochopení rodiny, dvě ženy uvedly nedostatek času personálu a 2 ženy uvedly nemožnost s někým mluvit. U jedné ženy je problémem neochota personálu. Křivohlavý uvádí, že během hospitalizace nastává relativní sociální izolace a tím vzniká potřeba sociálních interakcí. Problém vidí v odtržení ženy od rodiny i domova a hovoru o těchto situacích (26). Trachtová a Vymětal uvádí, že s hospitalizací jsou vždy spojeny negativní pocity (24,25).

Podle výsledků z Tabulky 21, pojem Postabortivní syndrom z 8 oslovených znalo 7 žen a 1 žena nevěděla, co pojem znamená. Z rozhovoru s ženami je patrné, jak ženy řeší situaci po abortu. Jedna žena odpověděla, že navštíví psychologa, jedna žena řeší situaci pláčem, jedna se poradí s lékařem a jedna žena odpověděla, že situaci po abortu řeší rozhovorem s porodní asistentkou. Na ostatní možnosti jak řešit situaci po abortu, např. jídlem, rozhovorem s rodinou, rozhovorem s jakoukoli osobou a samotou neodpověděla žádná žena (Tabulka 22).

Z Tabulky 23 a 24 je patrné, že z projevů Postabortivního syndromu neuvádí žádná žena projevy strachu z pohledu na těhotné a děti, dále žádná žena neuvádí poruchy spánku, děsivé sny, promiskuitu, časté rozchody s partnerem, sebevražedné sklony, nadměrné požívání léků, alkoholu i drogy, agresivitu proti vlastní osobě, pocit viny a zatracení. Jedna žena měla projevy agresivity vůči otci dítěte či všem mužům. Jedna žena uvedla, že stále znovuprožívá potrat. Jedna žena byla nesoustředěná a hyperaktivní. Dvě ženy odpověděly, že se u nich Postabortivní syndrom projevoval přáním znovu otěhotnět. Dvě ženy měly nepřiměřené emocionální reakce při spatření dítěte. Dvě ženy měly sexuální poruchy (frigiditu). Dvě ženy odpověděly, že měly poruchy sebevědomí. U třech žen byly projevy nadměrného pozorování těhotných žen a dětí. Čtyři ženy uvedly projevy deprese a u šesti žen se projevovaly dlouhotrvající pocity ztráty a prázdnoty.

Postabortivní syndrom je popsán jako: „psychologická dysfunkce, která je důsledkem traumatického zážitku, jež drtí normální obranné mechanismy člověka. Člověk pocítuje velký strach, pocity bezmocnosti, cítí se chycen do pastí nebo ztrácí nad sebou kontrolu“ (Rue V., 1997). Dokonce je zde i uvedeno, že 30 – 50 % žen po potratu má sexuální problémy a asi 60 % žen má sklony k sebevraždě! Jsou však prokázány rozdíly v psychologických reakcích žen, které souvisí s faktory legální nebo ilegální interrupce, s indikací zdravotní nebo jinou, postojem okolní společnosti k interrupci, s osobnostními rysy ženy, věkem ženy, stavem (svobodná, vdaná, rozvedená) a stabilitou partnerského vztahu (29).

Ratislavová uvádí, že žena po spontánním potratu běžně pocítuje lítost, vinu, pohanění, pocit ztráty části sebe, pocity prázdna, zklamání, nespravedlnosti, obavy z dalšího těhotenství. Klientka se snaží získat všechny informace a pochopit, proč k potratu došlo, aby získala možnost předejít opakování. Často se však příčina nepodaří zjistit, pak může žena dojít k falešným a sebeobviňujícím odpovědím (29).

První reakcí na potrat je šok, odštěpení emocí (pocity nereality, necitlivosti), poté následuje pocit neklidu, viny, hněv (často i na ošetřující personál), pocity nespravedlnosti. Neugebauer zjistil, že čtyři týdny po potratu vykazují ženy 4,3krát vyšší četnost výskytu deprese než netěhotné ženy, bezdětné ženy dokonce 11krát vyšší

četnost (Čepický P., 1993). Na potrat reagují obtížněji ženy po plánovaném a chtěném těhotenství, po interrupci s reziduálními pocity viny (potrat jako trest), s jinou ztrátou v anamnéze a ženy bez podpory okolí nebo s neuspokojivým partnerským vztahem. Psychickou odolnost zvyšuje vysoká sebeúcta a sebehodnocení ženy, jak uvádí Ratislavová (29).

Porodní asistentka by měla ženě zajistit dostatek soukromí, podporovat ženu ve vyjadřování pocitů, otevřené komunikaci, sledovat její psychický a emocionální stav. Důležitá je ochrana ženy před sebeobviňováním, chápavé a otevřené chování k ní (29).

Cílem práce bylo zjistit informovanost žen o okolnostech abortu. Zjistit, zda byla zajištěna intimita klientky během abortu, zda je ošetrovatelská péče prováděna dle porodnických standardů a zda jsou ženy spokojené s ošetrovatelskou péčí po abortu. Cíle práce byly splněny.

První hypotéza, jak jsou klientky informovány o okolnostech abortu, byla potvrzena v Grafech 8, 11, 15, 16, 30 a 31 pro porodní asistentky a při rozhovoru s klientkami v Tabulkách 10, 11, 15, 16, 18 až 24.

Druhá hypotéza, zda byla zajištěna intimita klientek během abortu, byla potvrzena v Grafech 21 až 26 pro porodní asistentky a při rozhovoru s klientkami v Tabulkách 7 až 9 a 13, 24.

Třetí hypotéza, zda je ošetrovatelská péče prováděna podle porodnických standardů, byla potvrzena v Grafech 9 až 17, 20, 21 a 27 pro porodní asistentky.

Čtvrtá hypotéza, zda jsou ženy po abortu spokojené s ošetrovatelskou péčí, byla potvrzena v Grafech 4 až 7, 18, 19, 28 a 29 pro porodní asistentky a při rozhovoru s klientkami v Tabulkách 3 až 6, 12, 14 a 17, 24.

6. Závěr

Bakalářská práce byla zaměřena na problematiku žen s abortem. Cílem práce bylo zjistit informovanost žen o celé problematice abortu a zjistit, zda jsou ženy spokojené s ošetrovatelskou péčí po abortu. Cíle práce byly splněny z výsledků výzkumného šetření.

Na základě cílů, byly stanoveny čtyři hypotézy, které byly výsledky výzkumného šetření rovněž potvrzeny. Ženy jsou dle výzkumného šetření dostatečně informovány o okolnostech abortu, při jejich ošetřování je zajištěna intimita a ženy jsou spokojené s ošetrovatelskou péčí. Standardy ošetrovatelské péče nevyužívá při své práci 27 (30,0 %) porodních asistentek, ale začínají si je na oddělení vypracovávat.

Dále byly stanoveny tři výzkumné otázky. První zahrnovala prožívání ženy období po abortu, druhá způsoby řešení období po abortu a třetí, zda mají ženy po abortu informace, na koho se obrátit v případě potřeby psychologické pomoci. Otázky byly zodpovězeny v rozhovorech s respondentkami a z jejich výsledku je možné stanovit hypotézy. První hypotéza zní: Ženy jsou informovány o problematice abortu. Druhá hypotéza zní: Ženy mají informace o provádění ošetrovatelské péče porodními asistentkami. Třetí hypotéza zní: Ženy mají v období po abortu pocit prázdnoty. Čtvrtá hypotéza zní: Ženy po abortu v případě potřeby nemají možnost hovořit s psychologem.

Výsledky výzkumného šetření bakalářské práce budou sloužit jako zdroj informací pro porodní asistentky a ženy s abortem. Porodní asistentky přislíbily, že se výsledky práce nechají inspirovat ke zlepšení péče o ženy s abortem. Bakalářská práce může také sloužit, jako informační brožura pro ženy s abortem, stejně tak i pro veřejnost, jako podklad pro výrobu letáků na gynekologicko-porodnickém oddělení či přednášek. Pro psychologickou pomoc ženám s abortem je v příloze ukázaný návrh informačního materiálu, kterou mohou porodní asistentky při své práci využít.

Práce si neklade nárok na komplexní pokrytí celého rozsahu dané problematiky.

7. Seznam použitých zdrojů

1. KAMENÍKOVÁ, M., KYASOVÁ, M. *Ošetrovatelské diagnózy na porodním sále. 1.* vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2003. 92 s. ISBN 80-24-0285-1.
2. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy NANDA v doménách.* 1.vyd. Praha, Nakladatelství Grada Publishing, a. s., 2006, 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
3. ROZTOČIL, A. *Porodnictví.* 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně , 2001. 333 s. ISBN 80-7013-339-2.
4. CITTERBART, K. *Gynekologie.* 1. vyd. Praha: Galén, 2001. 277 s. ISBN 80-7262-094-0.
5. ZWINGER, A. et. al. *Porodnictví.* 1. vyd. Praha: Galén, 2004. 532 s. ISBN 80-7262-257-9.
6. ČECH, E., HÁJEK, Z., MARŠÁL, K., SRP, B. a kol. *Porodnictví.* 2. vyd. Praha Grada Publishing, a. s., 2006, 544 s. ISBN 80-247-1313-9.
7. HÁJEK, Z. a kol. *Rizikové a patologické těhotenství.* 1. vyd. Praha Grada Publishing, a. s., 2004, 443 s. ISBN 80-247-0418-8.
8. REPKOVÁ, A. a kol. *Gynekologické ošetrovatelství.* 1. vyd. Tlač P + M Turany, 139 s. ISBN 80-8063-236-7.
9. MIKŠOVÁ, Z., FROŇKOVÁ, M., ZAJÍČKOVÁ, M. *Kapitoly z ošetrovatelské péče II.* 1. vyd. Praha Grada Publishing, a. s., 2006, 171 s., ISBN 80-247-1443-4.
10. MACKÚ, F., ČECH, E. *Porodnictví.* 1. vyd. Nakladatelství Informatorium, spol. s. r. o., 2002, 144 s. ISBN 80-86073-92-0.
11. VRÁNOVÁ, V. *Historie babictví a současnost porodní asistence.* 1. vyd. Univerzita Palackého v Olomouci, 2007, 203 s. ISBN 978-80-244-1764-6.
12. DOLEŽAL, A. *Od babictví k porodnictví.* 1. vyd. Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2001, 144 s. ISBN 80-246-0277-6.
13. FISCHEROVÁ, J. *Etika v ošetrovatelství: pomocný učební text,* Brno, Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1995 (2003), 60 s. ISBN neuvedeno.

14. Etický kodex sester, dostupný na:
http://www.sweb.cz/capzesprit/prispevky/dokumenty/kodex_zdravotnisestry.html#,
[staženo 15. 1. 2009].
15. ALEXANDER, M. et al. *Lemon 3*. Přel. J. Heřmanová, M. Staňková. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1997. 158 s. ISBN 80-7013-244-2.
16. HAŠKOVCOVÁ, H. *České ošetřovatelství 5: manuálek o etice pro zdravotní sestry – praktická příručka pro sestry*. 1. vyd. Brno. 2003. 46 s. ISBN 80 – 7013 – 310 – 4.
17. Postabortivní syndrom, dostupný na:
http://wikipedia.org/wiki/Postinterru%C4%8Dn%C3%AD_syndrom, [staženo 10.2. 2009].
18. EWELIS, I. *Potraty* [online]. Dostupné z : < <http://natur.blog.cz/0803/potraty> > [cit. 2009-02-18].
19. DEMOGRAFICKÉ INFORMACE, ANALÝZY A KOMENTÁŘE, *Historie potratovosti* [online]. Dostupné z :
<http://www.demografie.info/?cz_potratovosthistorie=> [cit. 2009-02-18].
20. LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2004. 952 s. ISBN 80-247-0668-7.
21. MZ ČR, *Zákon o zdraví lidu* [online]. Dostupné z:
<<http://www.pacienti.cz/clanek.php?id=2214>> [cit. 2009-02-19].
22. JIČÍNSKÁ, K. *Osobnostní rozvoj jako nedílná součást profesionálního růstu sestry*. In: *Sestra*. 2008, roč. 18. č. 02. s. 15 – 16. ISSN 1210 – 0404.
23. HAŠKOVCOVÁ, H. *Práva pacientů*. komentované vyd. Havířov: nakladatelství Aleny Kutilové, 1996. 176 s. ISBN 80 – 902163 – 0 – 7.
24. TRACHTOVÁ, E. FOJTOVÁ, G. MASTILIAKOVÁ, D. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2001. 186 s. ISBN 80 – 7013 – 324 – 4
25. VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. 3. vyd. Praha: Portál, 2003. 397 s. ISBN 80 – 7178 – 740 – X
26. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. 279 s. ISBN

80 – 7178 – 774 – 4.

27. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 198 s. ISBN 80 – 247 – 0179 – 0.

28. MAGYAROVÁ, G. *Veda a prax ošetrovatelstva - Etické prístupy k rodičom novorodencov v kritickom zdravotnom stave*. 1. vyd. Bratislava: Mauro, 2000, roč. č. 7. s. 5 – 7. ISSN 1335 – 1753.

29. RATISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie – porodnictví*. 1. vyd. Praha: Area s.r.o., 2008. 105 s. ISBN 978 – 80 – 254 – 2186 – 4.

30. HACH, P. *Proč pláčeš, Miriam*. 1. vyd. Praha: sazba Hnutí Pro život ČR, 2000. 150 s. ISBN 80 – 238 – 4824 – 0.

31. PEKÁRKOVÁ, M. *Potrat ano – ne aneb na pokraji života*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2000. 101 s. ISBN 80 – 7169 – 922 – 5.

8. Klíčová slova

Abort

Gynekologicko – porodnické oddělení

Intimita

Ošetřovatelství

Porodní asistentka

Soukromí

9. Přílohy

9.1 Seznam příloh

Příloha 1 Dotazník pro porodní asistentky

Příloha 2 Otázky k rozhovoru

Příloha 3 Návrh informačního materiálu následné péče žen po abortu

Příloha 1 Dotazník pro porodní asistentky

Dobrý den, jmenuji se Radka Koutníková, jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, oboru Porodní asistentka. Za účelem vypracování mé bakalářské práce na téma: „Ošetrovatelská péče u žen s abortem.“, se na Vás obracím se žádostí o vyplnění dotazníku. Dotazník včetně jeho dalšího zpracování je zcela anonymní a bude použit pouze pro účely této práce.

Děkuji za vyplnění a pravdivost uvedených dat.

1. Do jaké věkové skupiny patříte?

- a/ 20-24
- b/ 25-29
- c/ 30-34
- d/ 35-39
- e/ 40 a více

2. Kolik let pracujete jako porodní asistentka na gynekologicko-porodnickém oddělení?

- a/ 0-5 let
- b/ 6-10 let
- c/ 11-15 let
- d/ 16-20 let
- e/ 21 a více

3. Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání v oboru?

- a/ středoškolské
- b/ vyšší odborné
- c/ vysokoškolské

4. Představujete se na oddělení pacientkám?

- a/ ano
- b/ ne
- c/ jen lékaři
- d/ jen sestry
- e/ jen někdy

5. Jsou ženě podané informace o chodu oddělení (pokoj, WC, jídelna, vizity, apod.)?

- a/ ano
- b/ ne
- c/ někdy, podle času

6. Je žena sama při sdělování diagnózy?

(Můžete zaškrtnout i více odpovědí):

- a/ ano
- b/ je přítomna porodní asistentka
- c/ je přítomna nejbližší osoba z rodiny
- d/ je přítomen partner
- e/ je přítomna porodní asistentka a partner ženy
- f/ je přítomen lékař

g/jiné:

doplňte:.....

7. Máte vhodné prostory pro sdělování závažné diagnózy?

- a/ ano
- b/ne

8. Je žena informovaná o možných postupech při abortu?

(Můžete zaškrtnout i více odpovědí):

a/ ne

b/ ano, je informovaná lékařem

c/ ano, je informovaná porodní asistentkou

d/ ano, je informovaná lékařem za přítomnosti porodní asistentky

e/ ano, je informovaná v přítomnosti partnera

f/ ano, je informovaná v přítomnosti rodinného příslušníka

g/jiné:

doplňte:.....

9. Je součástí podávaných informací i podpis informovaného souhlasu pacientky?

(Můžete zaškrtnout i více odpovědí):

a/ ano

b/ ano, dáváme pacientce čas, aby si vše ještě pozorně přečetla

c/ ano, dáváme pacientce čas, aby se mohla zeptat na případné nejasnosti

d/ ne

e/ ne, informovaný souhlas vysvětlujeme zvlášť

10. Kdo dává pacientce podepsat informovaný souhlas?

a/ lékař

b/ porodní asistentka

c/ lékař nebo porodní asistentka

11. Jsou klientky informovány, jaké okolnosti vedly k abortu?

a/ ano

b/ ano, i když není někdy možné zjistit pravou příčinu

c/ne

d/ ne, někdy není možné zjistit pravou příčinu

12. Máte naučené fráze, které říkáte při ošetřování všem klientkám stejně?

a/ ano

b/ ne

c/ ano, ale snažím se ke každé přistupovat empaticky

d/ ne, volím ke klientkám individuální přístup

e/ ne, přistupuji ke všem stejně

13. Vysvětlujete klientkám všechny ošetřovatelské úkony, které budete provádět?

a/ ano

b/ ne

c/ ne, nevysvětluji vše, ale jenom to, co je pro ženu vhodné

d/ ne, nevysvětluji není to třeba

14. O jakých výkonech informujete klientky při provádění ošetřovatelské péče?

(Můžete zaškrtnout i více odpovědí):

a/ o měření TK a P

b/ o měření tělesné teploty

c/ o možnosti silnějších bolestí

d) o možnosti krvácení

e/ o možnosti zavedení preindukce u velkých abortů

f/ o možnosti zavedení indukce u velkých abortů

g/ o možnosti odtoku plodové vody u velkých abortů

h/ o možnosti svodné analgésie (spinál, epidurál – u velkých potratů)

ch/ o možnosti vaginálního vyšetření

i/ jiné: doplňte:.....

15. Myslíte si, že mají klientky dostatek informací o ošetrovatelské péči?

- a/ ano
- b/ ne
- c/ někdy

16. Myslíte si, že jsou klientky spokojené s podávanými informacemi o ošetrovatelské péči?

- a/ ano
- b/ ne
- c/ někdy

17. Co sledujete při poskytování ošetrovatelské péče u ženy s abortem?

(Můžete zaškrtnout i více odpovědí):

- a/ tělesnou teplotu
 - b/ TK a P
 - c/ bolesti ženy
 - d/ pravidelné kontrakce u velkých u velkých abortů
 - e/ krvácení
 - f/ odtok plodové vody u velkých abortů
 - g/ i.v. vstupy
 - h/ rychlost kapající infúze u velkých abortů
 - ch/ po výkonu do 12. týdne saturaci O₂
 - i/ celkový stav ženy
 - j/ výsledky vyšetření
 - k/ jiné:
- doplňte:.....

18. Jsou spokojené pacientky s abortem s poskytovanou ošetrovatelskou péčí?

- a/ano

- b/ ne
- c/ někdy
- d/ nevím

19. Jakým způsobem zjišťujete spokojenost s ošetrovatelskou péčí u pacientek s abortem?

(Můžete zaškrtnout i více odpovědí):

- a/ vytvořenými anonymními dotazníky, které rozdáváme před propuštěním
- b/ osobním rozhovorem
- c/ poznáme to z jejich poděkování
- d/ poznáme to, jakým způsobem se s námi rozloučí
- e/ provádíme audity na poskytovanou péči
- f/ nezjišťujeme to
- g/ nezjišťujeme to, není na to čas
- h/jiné:
doplňte

20. Jaký pohybový režim mají ženy s abortem ?

- a/ klid na lůžku
- b/ přísný klid na lůžku
- c/ nemají omezený pohybový režim

21. Vybíráte pečlivě pokoj s pacientkami, na který ženu umístíte?

(Můžete zaškrtnout i více odpovědí):

- a/ ano, snažím se ženě zajistit dostatek soukromí
- b/ ano, dle možností oddělení
- c/ ne, pacientka je umístěna na pokoj na centrálním příjmu
- d/ pacientka bude mít nadstandardní pokoj v případě placení
- e/ ne, pacientka je umístěna tam, kde je místo

22. Myslíte si, že by měla být žena sama na pokoji?

- a/ ano, měla by mít soukromí
- b/ ne, měla by být s ostatními klientkami
- c/ respektuji přání klientky
- d/ nevím

23. Umožňujete klientkám v těchto situacích neomezené návštěvy?

- a/ ano
- b/ ne, jsou dané návštěvní hodiny
- c/ jen dle domluvy s lékařem

24. Zajišťujete striktně intimitu klientky?

(Můžete zaškrtnout i více odpovědí):

- a/ ano, vždy
- b/ snažím se, ale někdy to nelze
- c/ jen pokud o to žena požádá
- d/ ne, nemáme potřebné prostory
- e/ ne, nemáme potřebné vybavení

25. Je respektováno soukromí pacientky během hospitalizace?

- a/ ano
- b/ ne
- c/ částečně
- d/ ne, nejde to z provozních důvodů

26. Jsou dodržovány na oddělení následující zásady soukromí pacientky?

(Můžete zaškrtnout i více odpovědí):

- a/ zavírání dveří při vyšetření
- b/ přítomnost lékaře u vyšetření

- c/ přítomnost lékaře i porodní asistentky při vyšetření
- d/ během vizity odkrývání pouze vyšetřovaných částí těla
- e/ klepání na dveře pokoje
- f/ sdělování informací jen osobám, které pacientka uvedla do dokumentace
- g/ používání pleny/zástěny
- h/ vyšetřování pacientky vždy stejným lékařem
- ch/ ošetřování pacientky vždy stejnou porodní asistentkou (pokud je to možné)

27. Používáte při ošetřování žen s abortem porodnické standardy?

- a/ ano
- b/ ne
- c/ někdy
- d/ ne, nemáme vypracovaný standard pro ošetřování žen s abortem

28. Myslíte si, že věnujete klientkám při ošetrovatelské péči dostatek času?

- a/ ano
- b/ ne, je času málo
- c/ snažím se dle možností oddělení
- d/ nevím

29. Co uděláte když žena pláče?

(Můžete zaškrtnout i více odpovědí):

- a/ odejdu, většinou se všechny chovají stejně
- b/ odejdu, nemám na to čas
- c/ zeptám se, zda nepotřebuje pomoci
- d/ přisednu k ní vezmu ji za ruku
- e/ přisednu k ní i když vím, že nemám čas
- f/ jiné:

doplňte:.....

30. Mají klientky možnost v období po abortu hovořit s psychologem?

(Můžete zaškrtnout i více odpovědí):

- a/ jen když je čas
- b/ kdykoliv, porodní asistentka zajistí konzultaci
- c/ kdykoliv, lékař naordinuje konzultaci
- d/ kdykoliv, máme psychologa dostupného v rámci oddělení
- e/ ne, nemáme dostupného psychologa v rámci oddělení
- f/ ne, mohou se spojit s psychologem po propuštění z nemocnice

31. Informujete ženy, na koho se mohou obrátit v případě potřeby psychologické pomoci po propuštění z oddělení?

- a/ při propuštění dostává žena informace
- b/ pokud se zeptá, informace podáme
- c/ vždy informujeme už při zjištění diagnózy
- d/ takové informace nepodáváme
- e/ žena dostane brožuru, kde jsou informace o možnostech psychologické pomoci

Příloha 2 Otázky k rozhovoru pro pacientky

1. Kolik je Vám let?
2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
3. Jste hospitalizovaná v nemocnici poprvé?
4. Je to první nebo opakovaný potrat ?
5. Byla jste seznámena s chodem oddělení?
6. Byla jste informována o režimových opatřeních během hospitalizace?
7. Jsou dodržovány zásady Vašeho soukromí na oddělení?
8. Máte specifické požadavky, jak lépe respektovat Vaše soukromí?
9. Které z uvedených možností pro vás během hospitalizace představují problém?
10. Byla jste informována o možnostech léčby abortu?
11. Kdo vám podával informace o celé problematice abortu?
12. Které z uvedených možností ošetrovatelské péče pro vás během hospitalizace představují problém?
13. Byla Vám prováděna ošetrovatelská péče v přítomnosti jiné osoby?
14. Měla jste dostatek informací o ošetrovatelské péči?
15. Porozuměla jste podaným informacím?
16. Byla jste spokojena s úrovní podaných informací?
17. Byla jste spokojena s úrovní ošetrovatelské péče?
18. Měla jste možnost v období po abortu hovořit s psychologem v nemocnici?
19. Dostala jste informace, na koho se mohou obrátit v případě potřeby psychologické pomoci po propuštění z oddělení?
20. Co Vám činilo největší potíže v období po abortu?
21. Znáte pojem Postabortivní syndrom?
22. Jak jste to řešila?
23. Jakým způsobem se u vás Postabortivní syndrom projevoval?

Příloha 3 Návrh informačního materiálu následné péče žen po abortu

Těžištěm naší činnosti je komplexní péče o ženy po abortu. Současně i práce s rodinou a specializovanými pracovníky. Návaznost a propojení péče zajišťuje v naší nemocnici tým odborníků: lékař, porodní asistentky, sociální pracovníce, psycholog, speciální pedagogové a další externí spolupracovníci, kteří jsou přizváni dle individuální situace a potřeb každé ženy.

Pokud se právě nacházíte v této situaci, můžete využít následující služby.

Poskytujeme:

- ošetrovatelskou a výchovnou péči podle individuálních programů
- lékařskou péči
- individuální rehabilitaci
- psychologickou péči
- muzikoterapii, hipoterapii
- ozdravné pobyty v přírodě
- rozšířenou sociální a emoční podporu prostřednictvím dobrovolnické služby

Ženám a jejich rodině nabízíme:

- diagnosticko-terapeutické pobyty
- sociální poradenství
- psychologické poradenství
- individuální psychoterapii
- komunitní setkávání
- podporu a provázení v těžkých životních situacích

Ambulantní služby:

- sociální a psychologická podpora a poradenství
- pravidelné informace o zdravotním a psychickém stavu
- individuální konzultace s lékařem a psychologem
- společná přátelská setkání

Kdykoli se obraťte na naše služby, třeba i telefonicky, rádi Vám pomůžeme.

Adresa nemocnice:

Kontaktní telefon:

e-mail.: