

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

Nepoznané těhotenství v praxi porodní asistentky

Bakalářská práce

Autor práce: Milada Cusi

Vedoucí práce: PhDr. Lenka Görnerova, Ph.D.

Místo a rok obhajoby: Jihlava 2020

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Milada Cusi
Studijní program:	Porodní asistence
Obor:	Porodní asistentka
Název práce:	Nepoznané těhotenství v praxi porodní asistentky
Cíl práce:	Zjistit postoj a názor porodních asistentek na fenomén nepoznaného těhotenství.

PhDr. Lenka Görnerová, PhD.
vedoucí bakalářské práce

PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.
vedoucí katedry
Katedra zdravotnických studií

Abstrakt

Bakalářská práce se zaměřuje na fenomén nezjištěného těhotenství, který je v České republice ještě docela neznámým tématem.

Tato práce popisuje problematiku těhotenství jako takového, dále historii a současnost nepoznaného těhotenství zde, ale i v jiných zemích, kde se o nepoznaném těhotenství mluví daleko častěji než u nás. Výzkumná část je realizována formou kvantitativního výzkumného šetření pomocí dotazníku. Porodním asistentkám bylo položeno několik otázek zaměřených především na povědomí/znalosti o nepoznaném těhotenství, a také na zjištění jejich názoru na tuto problematiku.

Klíčová slova

Nepoznané těhotenství, skryté těhotenství, smyšlené těhotenství, těhotenská psychóza, těhotenství

Abstract

The bachelor thesis is focused on the phenomenon of denial of pregnancy that is still unknown topic in the Czech Republic.

This thesis describes problematics of pregnancy in general, it's history and current status of denial of pregnancy in the Czech Republic, but also in other countries where this topic is discussed much more than in our country. Analytical part goes through with quantitative research per questionnaire. Midwives were asked several questions mainly about their awareness/knowledge of denied pregnancies and about their opinion on the topic.

Keywords

Denial of pregnancy/denied pregnancy, hidden pregnancy, false pregnancy, psychotic pregnancy, pregnancy

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracovala jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušila autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Souhlasím s umístěním bakalářské práce v knihovně VŠPJ a s jejím užitím k výuce nebo k vlastní vnitřní potřebě VŠPJ.

Byla jsem seznámena s tím, že na mé bakalářské práci se plně vztahuje AZ, zejména § 60 (školní dílo).

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědoma toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 6.srpna 2020

.....
Podpis studentky

Poděkování

Velice děkuji vedoucí práce, PhDr. Lence Görnerové za odborné vedení, cenné informace, rady, čas a ochotu při zpracování mé bakalářské práce.

Také bych chtěla poděkovat všem porodním asistentkám, které byly ochotny věnovat čas k vyplnění dotazníku.

Poděkování patří mé rodině za trpělivost a podporu po celou dobu mého studia.

Obsah

ÚVOD	11
Motivace	12
Cíl práce	12
1 SOUČASNÝ STAV	13
1.1 Těhotenství	13
1.1.1 Příznaky a známky těhotenství	13
1.1.1 Fyzické změny v těhotenství	15
1.1.2 Psychické změny v těhotenství	16
1.1.3 Těhotenské potíže	17
1.1.4 Uložení plodu	17
1.1.5 Prenatální péče	18
1.1.6 Rizikové a patologické těhotenství	20
1.2 Nepoznané těhotenství	21
1.2.1 Historie nepoznaného těhotenství	21
1.2.2 Rozdělení nepoznaného těhotenství	23
1.2.3 Nepoznané těhotenství v zahraničí	23
1.2.4 Charakteristické vlastnosti žen s nepoznaným těhotenstvím	24
1.2.5 Infanticida – úmyslné zabití novorozence	32
2 VÝZKUMNÁ ČÁST	33
2.1 Cíle výzkumu a výzkumné otázky	33
2.2 Metodika výzkumu	33
2.3 Charakteristika vzorku respondentek	33
2.4 Průběh výzkumu	34
2.5 Zpracování získaných dat	34
2.6 Výsledky dotazníkového šetření	35
2.7 Vyhodnocení výzkumných otázek	47

3	DISKUZE	49
4	NÁVRH ŘEŠENÍ A DOPORUČENÍ PRO PRAXI	54
	ZÁVĚR	55
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	56
	SEZNAM PŘÍLOH	58

Seznam grafů

<i>Graf 1: Počet let praxe ve zdravotnickém zařízení</i>	35
<i>Graf 2: Současné pracoviště</i>	36
<i>Graf 3: Nepoznané těhotenství v životě</i>	37
<i>Graf 4: Nepoznané těhotenství v praxi</i>	38
<i>Graf 5: Přesvědčivé téma</i>	39
<i>Graf 6: Informovanost o nepoznaném těhotenství</i>	40
<i>Graf 7: Získání informací</i>	41
<i>Graf 8: Koho se týká nepoznané těhotenství?</i>	42
<i>Graf 9: Účast na semináři</i>	43
<i>Graf 10: Téma součástí studia</i>	44
<i>Graf 11: Informovanost</i>	45
<i>Graf 12: Specifická péče</i>	46

Seznam tabulek

<i>Tabulka 1: Informovanost porodních asistentek o nepoznaném těhotenství</i>	47
<i>Tabulka 2: Potřebnost jiné, specifické, péče o ženy s nepoznaným těhotenstvím</i>	48

Seznam použitých zkratek

AFRDG	Francouzská asociace pro nezjištěné těhotenství
CTG	Kardiotokograf
HCG	Lidský choriový gonadotropin
OGTT	Orální glukózový toleranční test
VVV	Vrozené vývojové vady

ÚVOD

To přeci není možné, aby si žena nemohla být vědoma svého těhotenství.

A kde je plod?

Nevěřím tomu, to nemůže být přeci pravda.

Ona si musí vymýšlet.

Neříkej, že manžel nic nepoznal. To je divné.

Nepoznané těhotenství je událost, ke které se každý zdravotnický personál v gynekologickém a porodnickém zařízení může dostat.

Články o nepoznaném těhotenství jsou známy již ze 17. století, které se o něm zmiňovaly, ale toto těhotenství neuznávaly. Dnes je nepoznané těhotenství pojem, který v České republice není moc známý a moc se o něm nemluví. Proto jsem se rozhodla vybrat si ho jako téma bakalářské práce.

Pracuji jako všeobecná sestra a porodní asistentka v gynekologicko-porodnické univerzitní nemocnici a setkala jsem se s několika případy nepoznaného těhotenství.

Jako žena, porodní asistentka i matka 3 dětí se o toto téma zajímám hlavně z toho důvodu, že nás to může zmátnout. Když já sama osobně jsem byla v kontaktu se ženou, která si nepoznané těhotenství prožila a uvědomila si ho až po porodu, vadilo mi, že jsem se styděla se s touto ženou o tom bavit. Nevěděla jsem, jak a kde mám začít, jak reagovat. Mám se s ní o tomto tématu bavit nebo mlčet? Moje kolegyně měly stejný problém, některé spoustu otázek, a některé dokonce kritické poznámky.

Motivace

K rozhodnutí věnovat se tomuto tématu bakalářské práce mě vedla moje vlastní zkušenost se ženou, která porodila své první dítě doma do záchodové mísy. O svém těhotenství nevěděla. Porodní bolesti, které měla, a kvůli kterým ten den nešla do práce, ji nikdy nepřiměly myslet na to, že by mohla родit. Tato žena porodila krásného donošeného novorozence. Přibrala jen několik málo kilogramů. Nikdo z její rodiny, ani v práci, si žádných změn u ní nevšiml. Žádné těhotenské břicho. Žádná změna v jejím šatníku. Snad jen to, že se se svým partnerem rozešla několik měsíců před porodem. Poté změnila práci, která ji velmi zaměstnávala a nezbýval jí čas pro sebe. Tato žena byla převezena do porodnice, kde jsem o ni několik dní pečovala. Možnost probrat s ní její zkušenost, ze které jsem měla rozporuplné pocity, byl neuvěřitelný a citlivý zážitek. Začala jsem na toto téma vyhledávat články a knihy. Shodou okolností, o několik týdnů později, se v naší nemocnici konala celodenní konference na téma nepoznaného těhotenství, které jsem se mohla zúčastnit a rozšířit se své znalosti v tomto tématu.

Cíl práce

Cílem bakalářské práce je zjistit postoj a názor porodních asistentek na fenomén nepoznaného těhotenství.

K cíli se vztahují tyto výzkumné otázky:

Výzkumná otázka č.1: Jsou porodní asistentky dostatečně informované na téma nepoznaného těhotenství?

Výzkumná otázka č.2: Je zapotřebí jiná, specifická, péče o ženy s nepoznaným těhotenstvím?

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Těhotenství

Těhotenství je stav života ženy – od početí dítěte do porodu, kdy nosí v děloze postupně rostoucí plod. Toto období života ženy trvá v průměru 10 lunárních měsíců, tj. 280 dní. Těhotenství počíná splynutím mužské a ženské pohlavní buňky, a končí porodem plodu. Období těhotenství můžeme rozdělit na oplození, implantaci, nidaci a vývoj plodového vejce. Z intrauterinního života během porodu plod přechází do mimomateřského prostředí a stává se z něj novorozenec (Roztočil a kol., 2017).

1.1.1 Příznaky a známky těhotenství

Známky těhotenství rozdělujeme do tří skupin. Jedná se o známky nejisté, pravděpodobné a jisté.

Příznaky jsou subjektivní pocity ženy v těhotenství, zatímco u známek těhotenství jsou to objektivně zjiřitelné změny v organismu (Roztočil a kol., 2017).

Nejisté známky těhotenství

Jsou vyvolány celkovými změnami organismu ženy, které se projevují především střídáním nálad, sklonem k závratím a mdlobám, nevysvětlitelnou únavou, pytalismem, změnami chuti k jídlu, pocitem zvýšeného napětí v prsech, častým nucením k močení.

- **Amenorea** – nepřítomnost menstruace
- **Citlivost prsou** – těhotné ženy udávají zvýšenou citlivost prsou, zvláště v okolí bradavky, ty mohou mít také zvýšenou pigmentaci
- **Změny pigmentace kůže** – těhotenská maska neboli chloasma gravidarum – dochází k ní následkem těhotenské aktivity melaninu, stimulujícího hormonu – způsobuje tmavnutí čela a tváří. Dále také tmavne linea alba, což je spojnice mezi pupkem a symfýzou, v těhotenství se nazývá linea nitra (Roztočil a kol., 2017).
- **Změny barvy poševní sliznice** – v těhotenství dochází k tmavě modrému nebo purpurově červenému zbarvení poševní sliznice, děložního hrdla a vulvy. Tomuto jevu se říká Chadwickovo znamení (Roztočil a kol., 2017).

- **Strie** – se v těhotenství můžou objevovat v oblasti břicha, prsou a hýždí. Je to vyvoláno rychlým a nadměrným růstem podkožních struktur jako jsou těhotná děloha a mléčná žláza (Roztočil a kol., 2017).

Nejisté příznaky těhotenství

- **Polakisurie** – je časté močení. Zvýšená frekvence močení v těhotenství je způsobena tlakem rostoucí dělohy na močový měchýř, který je citlivější na jeho zmenšenou kapacitu, čímž se dostavuje častější nucení na močení. Zpravidla po první třetině těhotenství časté močení ustane, vrátit se může v závěru těhotenství, kdy do malé pánve vstupuje naléhající část plodu.
- **Zvýšená únavnost** – se objevuje hlavně na začátku a konci těhotenství
- **Ranní nevolnost** – zatěžuje ženu většinou 6 až 12 týdnů a postupně odeznívá
- **Pohyby plodu** – si žena uvědomuje kolem 18. až 20. týdne těhotenství

Pravděpodobné známky těhotenství

Pravděpodobnou známkou těhotenství je vynechání očekávané menstruace, zvětšení břicha, změny tvaru a velikosti dělohy.

K palpačním vyšetřením řadíme tyto metody:

- Hegarovo znamení je zjistitelné mezi 6. až 8. týdnem těhotenství, bimanulárním vyšetřením můžeme zjistit, že oblast mezi hrdlem a tělem dělohy je velmi měkká
- Braunovo znamení je nepravidelné zvětšení a prosáknutí stěny dělohy v místě, kde je embryo implantováno
- Piskáčkovovo znamení je nepravidelné zvětšení a prosáknutí děložního rohu v důsledku růstu placenty
- Goodellovo znamení je změkčení děložního hrdla
- Braxton-Hicksovy kontrakce jsou stahy dělohy které jsou nepravidelné a nemají vliv na změny děložního hrdla

- Ballotement se vyskytuje ve druhém semestru, v období fyziologického hydramnia. Vysunutím naléhající části plodu při vaginálním vyšetření dojde k odrazu plodu od fundu (Roztočil a kol., 2017).

Jisté známky těhotenství

Představují objektivní průkaz plodu a jeho projevů. V současnosti můžeme těhotenství prokázat objektivně velmi brzy těhotenskými testy nebo ultrazvukem.

- **Laboratorní těhotenské testy** stanovují přítomnost lidského choriového gonadotropinu HCG ze séra nebo z moči. HCG choriogonadotropin – je to specifický těhotenský hormon produkovaný Langerhansovými buňkami lidského choria, jehož tvorba je vázána na tyto buňky. Může se ale i ve zvýšeném titru objevit u patologických těhotenstvích, a to například u ektopického těhotenství či u moly hydantiózy (Hájek, Čech, Maršál a kol. 2014).
- **Ultrasonografie** je další metoda určení diagnostiky raného těhotenství. Udává absolutní jistotu v diagnostice gravidity. Po vynechání menstruace lze ultrazvukem pozorovat zvýšenou děložní sliznici, v 5. týdnu menstruačního stáří můžeme vidět tzv. gestační sáček. Od 7. týdne se dá zaznamenat srdeční akce a už v 8. týdnu se zobrazuje samotné embryo. Stáří těhotenství se určuje podle délky embrya tzv. CRL a to tak, že se měří délka od temene hlavy po konec páteře a od 12. týdne podle rozměru hlavičky, objemu trupu a délky femuru (Roztočil a kol., 2017).

1.1.1 Fyzické změny v těhotenství

V těle budoucí maminky nastává velmi mnoho změn, které jsou postupně vidět přímo na jejím těle. Tyto těhotenské změny jsou velmi důležité, jelikož zajišťují zdárný průběh těhotenství a vývoj a růst plodu. Zároveň se díky nim tělo pozvolna připravuje na porod a kojení.

Dochází ke změnám ve stavbě a funkci orgánů, procesů látkové přeměny, růstu tkání, zadržování tekutin, a k dalším fyziologickým změnám jako je uvolnění hladkého svalstva.

Změny v reprodukčním systému například nastávají ve vaječníku, jelikož ten má jiné funkce než u netěhotné ženy. Během těhotenství nedochází ke zrání a uvolňování vajíček,

k ovulaci. Po oplození tedy vzniká žluté tělísko, ve kterém jsou ženské pohlavní hormony – estrogeny a také progesteron, které tu hrají velkou roli pro nezbytné udržení těhotenství a jeho dalšího vývoje. Kolem 8. týdne funkci žlutého tělíska začíná přebírat vyvíjející se placenta. Další změnou je těhotná děloha. Ta je následkem hormonálních procesů překrvená, takže mění svou barvu a konzistenci, a dále v děložní dutině postupně mění tvar uložení. Na děložním hrdle vidíme změny. V cervikálním kanálu se hromadí tzv. hlenová zátka, která tvoří mechanickou bariéru vstupu bakterií do dělohy. Na konci těhotenství se děložní hrdlo zkracuje a měkne. Změny v pochvě a na hrázi souvisí se zvyšujícím se prokrvením, prosáknutím a změkčením tkání. Změnu barvy sliznice způsobuje zvýšená vaskularizace. Zvýšená produkce estrogenů také vede k hypertrofii hladkého svalstva, a tím k prodlužování pochvy. Zvyšuje se také poševní sekrece, a ta se projevuje výtokem. Změny na prsech patří v těhotenství k nejnápadnějším, a to velmi brzy po vynechání menstruace. Prsy se zvětšují, bradavky jsou citlivé a těhotné pociťují napětí. Na konci druhého měsíce dochází ke zvětšení bradavek, tmavnutí prsního dvorce a po 10. týdnu může z prsů samovolně vytékat mlezivo, kolostrum, což je vazká nažloutlá tekutina, která houstne s přibližujícím se porodem. Se zvyšující se váhou a objemem prsů můžeme pozorovat i kožní pajizévky – strie (Roztočil a kol., 2017).

Ostatní změny v organismu ženy

V těhotenství se zvyšuje hmotnost ženy v průměru o 12 kg. Nejvíce se váha zvyšuje v druhé polovině těhotenství, kdy dochází k zadržování tekutin. Hmotnost těhotné sleduje gynekolog i porodní asistentka. Ti by vždy měli ženu upozornit na odchylky od normálu.

1.1.2 Psychické změny v těhotenství

Během těhotenství prochází organismus ženy somatickými, ale i psychickými proměnami. Ty jsou způsobené fyzickými, sociálními a ekonomickými změnami. Tyto změny se týkají všech těhotných, včetně chtěných či vytoužených těhotenství. Těhotenství představuje pro ženu jistou vývojovou fázi. Čeká jí nová životní role plná výrazných změn. Tato fáze jí může uvést do pocitu úzkosti, smutku a zmatku. Důležitou oporou by jí měla být podpora okolí, rodiny. Tato psychika se mění v každém trimestru těhotenství (Roztočil a kol., 2017).

V prvním trimestru těhotenství je žena zaměřena na sebe, sleduje sama sebe a zjišťuje, zda je opravdu těhotná. Je rozladěná, nejistá a náladová. Pro toto období je jejím největším úkolem přijmout těhotenství (Roztočil a kol., 2017).

Druhý trimestr těhotenství si žena uvědomuje až při pohybech plodu. Patří mezi nejstabilnější období. Těhotná žena je s těhotenstvím smířená, zvětšuje se jí břicho a cítí první pohyby plodu. Cítí se dobře a snaží se různými způsoby podpořit dobrý průběh těhotenství (Roztočil a kol., 2017).

Třetí trimestr těhotenství se také nazývá jako stavění hnízda, kdy se budoucí maminky připravují na porod a šestinedělí. Jsou ale také zranitelnější, mají strach z porodu, obavy z pokračujícího těhotenství, bolestí a komplikací. Je důležitá podpora ze strany partnera. V této fázi těhotenství má žena za úkol připravit se na porod a také na příchod dítěte mimo její organismus.

1.1.3 Těhotenské potíže

Těhotenství je pro většinu žen nádherným obdobím, ne bohužel vždy je to bezproblémové období. Jsou to potíže, které přímo souvisí se změnou hmotnosti těhotné ženy, růstem plodu či týkajícími se hormonálních změn.

Žaludeční nevolnost – většinou se objevuje po ránu, je to pocit zvedání žaludku, často doprovázeny zvracením. Tyto potíže se vyskytují v prvních třech měsících.

Pálení žáhy – většinou způsobené hormonálními vlivy a v pokročilém stadiu těhotenství tím, jak děloha tlačí na žaludek.

Dále mezi těhotenské potíže můžeme řadit i křečové žíly, bolesti zad a žeber, obtíže s močením a únavu.

1.1.4 Uložení plodu

Poloha plodu se v prvních měsících mění, a to vzhledem k dostatku prostoru, ale i také množstvím plodové vody. Uložení plodu se stabilizuje na konci třetího trimestru. Jeho uložení je důležité pro stanovení prognózy. Poloha je určena vzhledem k podélné ose.

- **Postavení plodu** – určuje vztah hřbetu plodu k děložní hraně. Postavení dělíme na levé přední, pravé zadní, levé zadní, pravé přední

- **Naléhání plodu** – je vztah naléhající části plodu k pánevnímu vchodu. Nejčastěji to je hlavička.
- **Držení plodu** – je vztah jednotlivých částí plodu k sobě navzájem (Roztočil a kol., 2017)

1.1.5 Prenatální péče

Podle Hájka je smyslem prenatální péče všestranné zabezpečení těhotné a následovně včasný záchyt odchylek od normálního průběhu těhotenství se zajištěním terapeutických a diagnostických opatření. Prenatální péče by měla být efektivní, ale ne nadbytečná (Hájek a kol., 2014).

Včasná a pravidelná prenatální péče je velice důležitá k tomu, aby se gravidita vyvíjela k úspěšnému porodu, a bylo zachováno zdraví matky a plodu. Prenatální péče má být efektivní, ale nesmí být nadbytečná a těhotná jí musí akceptovat. Správnou péčí lékaře a porodní asistentky vede ke snížení perinatální úmrtnosti. Proto těhotná žena absolvuje opakovaná prenatální vyšetření (Leifer Gloria, 2004).

Většina těchto vyšetření je preventivní a má vyhledávací charakter. Můžeme je považovat za plošný screening. Těhotné, kterým tyto testy vyjdou pozitivně nebo mají rizikovou anamnézu, jsou podrobeny dalším vyšetřovacím testům. Tyto testy pak nazýváme cílený screening (Hájek a kol., 2014).

Cíle prenatální péče

Hlavní cíle prenatální péče jsou:

- Redukovat rizikové faktory pro správné zajištění bezpečného porodu
- Učit těhotnou, jak má o sebe pečovat
- Poskytovat fyzickou péči
- Poučovat o zdravých návycích
- Podpora a výchova matky a otce k rodičovské odpovědnosti
- Poučování o samostatné péči

Systém prenatalní péče v České republice

Ambulantní prenatalní poradny

Každá žena by měla být evidována v ambulantní gynekologické poradně, kterou vede gynekolog v rámci své soukromé praxe, ať už ve státním, či soukromém zdravotnickém zařízení. Po stanovení těhotenství je zařazena do evidence, buď ve stejné poradně, nebo přechází do jiné prenatalní poradny kterou si může vybrat.

Doporučená frekvence návštěv v prenatalní poradně je do 36. týdne těhotenství v pravidelných intervalech každé 4 týdny, od 37. týdne do termínu porodu jednou týdně.

Vlastní prenatalní péče

Od návštěvy v prenatalní poradně se očekává potvrzení nebo vyvrácení těhotenství, jak dlouho je již žena těhotná a datum termínu porodu. Dále zda jde o fyziologické, rizikové či těhotenství patologické. Zdravotní stav ženy a stav fetoplacentární jednotky (Roztočil 2017).

Žena by měla navštívit gynekologa 2 až 3 týdny po absenci menstruace.

První vyšetření u těhotné ženy označujeme jako komplexní vyšetření, které by mělo být provedeno do 12 týdne těhotenství. Při tomto vyšetření se založí těhotenská průkazka, kde se zadají údaje těhotné a následně je poučena o obecných pravidlech těhotenství. Dále se provede zdravotnická anamnéza, jak rodinná, osobní tak gynekologická.

Při první návštěvě je určen termín porodu dle data poslední menstruace, a ten je následně upraven podle ultrazvuku v prvním trimestru.

Vyšetření rozdělujeme na pravidelná a nepravidelná.

Pravidelná vyšetření jsou ta, která nám udávají anamnestické údaje, a jejich eventuální výchyly a rizika pro těhotnou a plod. Zaznamenává se váha, krevní tlak, vyšetření moči, vitalita plodu a vyšetření cervix skóre.

Nepravidelná vyšetření zahrnují zevní pánevní rozměry, počáteční hmotnost a výšku. Vyšetření krve, a to hematologické (hemoglobin, hematokrit, erytrocyty, leukocyty, trombocyty, krevní skupinu a její Rh-faktor, stanovení přítomnosti protilátek proti erytrocytům. Vyšetření krve serologické (protilátky proti syfilisu, HIV), glykemií na lačno, močový sediment a biochemický screening vrozených vývojových vad. Dále mezi

ně řadíme návštěvu ve 12. týdnu těhotenství, v 16. týdnu., 18. až 22. týdnu, 24. až 28. týdnu, 30. až 32. týdnu, 36. až 38. týdnu, 38. až 40 týdnu (Roztočil, 2017).

1.1.6 Rizikové a patologické těhotenství

Rizikové těhotenství je takové těhotenství, při kterém je nějakým způsobem ohrožen jeho fyziologický průběh. Je ohrožena jak těhotná, tak plod.

Ze strany matky to mohou být vrozené vývojové vady dělohy či poruchy krevní srážlivosti. Dále to můžou být chronická onemocnění jako diabetes melitus, srdeční onemocnění, vysoký krevní tlak, obezita. Dále během těhotenství to může být těhotenská cukrovka, preeklampsie, krvácení v těhotenství, nedostatečná funkce placenty, ale můžou to být i rizika kvůli nízkému sociálnímu zabezpečení. Mezi ně můžeme zařadit nevyhovující bydlení, špatnou životosprávu, rizikovou práci jako je práce na směny, práce v infekčním prostředí, zvedání těžkých břemen.

Alkohol a drogy

Pokud těhotná žena pije alkohol ve větší míře, je plod ohrožen fetálním alkoholovým syndromem, který je spojen s vrozenými vývojovými vadami, které deformují obličej a způsobuje duševní zaostalost. Vrozené vady plodu jsou prokázány i u drogově závislých žen.

Psychika ženy

Na příčinách rizikového a patologického těhotenství se může podílet i psychika ženy. Ta se pod vlivem hormonu během těhotenství mění. Ženy mohou být neurotické, depresivní, radostné někdy až moc radostné a optimistické. Také se ale u nich mohou vyskytovat úzkostné stavy. Strach z budoucna a z neznáma. Strach z obav průběhu těhotenství, porodu, porodního poranění. Strach z toho, zda těhotenství zdárně dokončí a zda jejich dítě bude zdravé.

1.2 Nepoznané těhotenství

Definice déni – tzv., „nepoznaného“

Definice jsou četné a my je dělíme podle různých typů povolání nebo jiné lékařské speciality.

Jinými slovy se „déni“, neboli popření, používá k vyjádření odmítnutí reality nemoci nebo postižení (Larousse).

Definice nepoznaného těhotenství

Než se pustím do konkrétnější oblasti, chtěla bych představit definici nezjištěného těhotenství. Tento termín se udává pro těhotnou ženu, aniž by si svůj jiný stav uvědomovala. Z několika důvodů, někdy neznámých, se psychika žen nesprávně interpretuje různými příznaky spojené s těhotenstvím. Tělo ženy tedy neudává žádné fyzické znamení. Může mít stále ploché břicho i v 9. měsíci těhotenství. Slabé krvácení považuje za svoje měsíčky, bolesti břicha může spojovat s gastritidou. Ženy, které si o sobě myslely, že jsou sterilní, dále ženy, které používají antikoncepci. Obecně, když ženy oznámí své nepoznané těhotenství, okolí jí nevěří. Zdá se nám nemožné si představit, že se v břiše matky vyvíjí život, aniž by měla zaoblené břicho. Ale nezjištěné těhotenství je ve společnosti běžnější, než si myslíme (Marinopoulos, Nisand 2011).

Shrnutím, nepoznané těhotenství je definováno nevědomostí ženy v jejím jiném stavu. Tento fenomén je doprovázený téměř neexistujícími nebo ignorovanými klinickými příznaky.

1.2.1 Historie nepoznaného těhotenství

Pojem nepoznaného těhotenství je relativně mladým termínem. Lékařský fakt, který označuje, však byl pozorován již dlouho před jeho pojmenováním. V 17. století popisuje doktor Marce, že některé ženy, které byly hospitalizovány v průběhu těhotenství, o své graviditě vůbec nevěděly. Není bez zajímavosti, že k tomuto pozorování dospěl Marce, který spolu s doktorem Pinelem patřil k zakladatelům psychiatrie ve Francii (Marce 1858).

Stoupenci zpátečnické medicíny však správný vhled doktora Marcea popírali a v nepoznaném těhotenství spatřovali pouze jeho „skrývání“ (Tardieu, 1874). Koncept nevědomého těhotenství, jak jej pojmenovává psychoanalytik (Gould, 1898), se však

navzdory těmto překážkám postupně prosazoval mezi všemi, kteří se touto problematikou vážněji zabývali.

Pojem „nepoznané těhotenství“ se spolu s rozvojem psychiatrie používá od roku 1970.

Nepoznané těhotenství se postupně prosazuje jako chorobopisná jednotka, tj. jako nesporné psychiatrické onemocnění. Mezinárodní specialisté dokonce v roce 1990 přicházejí s návrhem, aby bylo zahrnuto do příručky DSM (Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders) – do bible psychiatrického chorobopisu, která tehdy procházela revizí. Tento návrh nebyl přijat, ale výzkumy prováděné od té doby až do současnosti dále prokazují zvláštní charakter této psychopatologické entity. Můžeme se proto domnívat, že při některé z příštích revizích k jejímu zápisu do DSM dojde (Bayle, 2008).

Tchanen (2013) uvádí: „Termín nepoznaného těhotenství se v literatuře objevuje až od roku 1970. Setkáváme se s ním u popsáných klinických případů, ale pouze u žen trpících psychiatrickými poruchami. Nepoznané těhotenství se tak považuje za obranný mechanismus související s psychózou. Ke konsenzu v této věci se schyluje až v letech 1980-1990 kdy řada publikací prokazuje, že nepoznané těhotenství není tak zřídka, jak se zdálo, a především, že se netýká pouze žen s duševními patologiemi.“

Je to kontroverzní téma, které je autory různě rozlišováno. Někteří si myslí, že to souvisí s psychiatrickými patologiemi jako např. Becache. Brezinka tvrdí, že ženy si svého těhotenstvím jsou vědomy, ale skrývají ho. Ale i tak někteří začínají psát o tom (Milstein), že je možné prožít nepoznané těhotenství bez zvláštního rizikového faktoru (Laura a Miller et coll).

V posledních deseti letech byly vedeny studie, které nadále kontrastují s různými hypotézami

V 80. a 90. letech se nepoznané těhotenství jeví jako izolovaná událost od jakékoliv psychiatrické anamnézy (Laura a Miller et coll).

V roce 1991 se rozlišuje psychické nepoznané těhotenství od nepsychického (Laura a Miller et coll).

V roce 2006, (Klaus Beier et coll). vysvětluje, že nepoznané těhotenství je archaický obranný mechanismus, archaická prvotní obrana. Je to obranný mechanismus a velká ambivalence vůči těhotenství.

Podle početných autorů, nepoznané těhotenství tedy nesouvisí s významnými psychiatrickými poruchami, ale je uznán jako událost, která není skryta. Nebyl prokázán žádný systematický vztah k duševním poruchám vzhledem k tomu, že několik příkladů bez duševní choroby bylo popsáno a sledováno.

Tyto mnohonásobné výzkumy umožnily založení francouzské asociace AFRDG a uznání nepoznaného těhotenství v roce 2004. Také umožnily uskutečnit první francouzskou přednášku pod vedením lékařů veřejného zdraví.

Jednalo se tedy už o řešení skutečného problému veřejného zdraví týkajících se žen i dětí (B. Bayle et coll.2005).

1.2.2 Rozdělení nepoznaného těhotenství

Podle lékařů existují různé typy negace těhotenství, které ovlivňují všímavost ženy. Nezjištěné těhotenství lze zažít v několika formách.

- **Částečné nezjištěné** těhotenství, žena rozpozná během těhotenství, a to většinou mezi pátým a osmým měsícem.
- **Úplné nezjištěné těhotenství** – žena rozpozná krátce před porodem nebo při něm
- Rozpoznává se ještě třetí typ nepoznaného těhotenství, a to **nezjištěné těhotenství kompletní** – v tomto případě žijí ženy dlouhodobě v úplném popření těhotenství, to znamená, že si těžce uvědomují, že jsou matkou i po porodu

1.2.3 Nepoznané těhotenství v zahraničí

Podle studie francouzského sdružení pro nezjištěné těhotenství bylo mezi 5. až 9. měsícem objeveno 1 ze 400 až 500 těhotenství a 1 z 2500 během porodu.

Nejobsáhlejší výzkum o nepoznaném těhotenství byl do této doby publikovaný v roce 2002 německými lékaři Jensem Wesselem a Ulrichem Buscherem v Berlíně v British Medical Journal. Probíhal během jednoho roku, a to od roku 1996 do roku 1997. 62 žen, které nepostřehly své nepoznané těhotenství do 20. týdne těhotenství. U 25 žen, bylo

těhotenství diagnostikováno až po cítění kontrakcí – často nejprve zaměňovány s ledvinovými kolikami. Další výzkumy vedeny v Rakousku a ve Spojených Státech vedly k podobným poznatkům.

V jiné studii uvádíme prevalenci nepoznaného těhotenství v ostatních zemích, například v Německu je to prevalence 1 případ na 475 porodů u částečného nepoznaného těhotenství. U úplného je to 1 případ na 2500 porodů (Wessel, 2002).

1.2.4 Charakteristické vlastnosti žen s nepoznaným těhotenstvím

Když se mluví o nepoznaném těhotenství, velmi často si myslíme, že se to týká hlavně mladých žen, jelikož to obecně spojujeme se simulací mladých matek.

Během nepoznaného těhotenství si žena vůbec neuvědomuje své těhotenství, zatímco během utajovaného těhotenství si je žena vědoma svého těhotenství, ale ze strachu z reakce okolí se rozhodne dobrovolně skrýt těhotenství.

Tyto termíny by neměly být zaměněny.

Sophie Marinopoulos, 2011 upřesňuje: *„Těhotenství prochází třemi psychickými trimestry. V úvodu se žena cítí v „jiném stavu“, ale dítě nemá spojené s žádnou konkrétní představou. V druhém trimestru přichází očekávání dítěte s typickými představami matky a otce. Matka o dítěti přemýšlí, představuje si jej, promítá si jej do budoucnosti. S třetím semestrem se objevují představy o oddělení: matka rozeznává životní rytmy dítěte které se od jejích liší. Pokud jsou tyto psychické etapy příliš časně nebo nezastoupené, svědčí o nutnosti asistence a psychického dohledu nad těhotenstvím.“*

Rizikový faktor žen s nepoznaným těhotenstvím

Příčiny a rizikové faktory u žen, které mohou být náchylnější k nepoznanému těhotenství, je obtížné definovat. Podle dr. Félix Navarro (specialisty veřejného zdravotnictví ve Francii) neexistuje typický profil. Podle něj všechny ženy v reprodukčním věku mohou prožít nepoznané těhotenství. Existuje mnoho studií na toto téma v anglické a francouzské literatuře, nicméně odborníci sestavili typický profil ženy v ohrožení. Dva angličtí psychiatři jsou spojení se seznamem příčin a rizikových faktorů podporující výskyt nepoznaného těhotenství.

Mladý věk, pasivní sexuální chování, rodinné prostředí, ve kterém je sexualita tabu, sexuální zneužívání v minulosti, nižší úroveň vzdělání a nepochopení fyziologického těhotenství, sociální izolace, nestabilní prostředí.

Podle četných svědectví žen, které byly s nepoznaným těhotenstvím konfrontovány, několik dalších hypotéz umožňuje vysvětlit důvody, kvůli kterým si svoje těhotenství vůbec neuvědomovaly.

Užívání antikoncepce je hlavním argumentem, proč ženy na těhotenství nemyslí, důvěřují ve svůj stav neplodnosti. Přetrvání krvácení tento pocit posiluje. Menopauza nebo sterilita nutí ženy opustit myšlenku, že by mohly otěhotnět. Obavy monopolizující traumatickou epizodu v rodině jako např. vážná nemoc v rodině nebo dokonce smrt. Rozchod s partnerem, intenzivní investice do nové práce nebo studií, příliš mladý nebo naopak pokročilý věk dává ženám pocit, že je těhotenství nemůže ohrozit. Dále to mohou být na sebe krátkodobě navazující těhotenství, v tomto případě všechna péče a starost se soustřeďuje na novorozence, to se projevuje velkou únavou, kojení bez návratu měsíčků, tělo, které je ještě modifikované posledním těhotenstvím, to vše může vést k tomu, že další těhotenství zůstane bez povšimnutí.

Neurózy a psychózy v těhotenství

Neurózy a psychózy se podle dr. Pařízka (2009) mohou během gravidity objevit u dědičně disponovaných žen, a to vlivem zevních a vnitřních vlivů. Negativní vztah k jinému stavu, strach, sociální problémy mohou být prvotním momentem poruchy adaptace na těhotenství.

Psychickou poruchu můžeme zpozorovat u těhotných změnami emocionality, změnami chování, fobiemi. Některé psychické poruchy se tak mohou odrážet v jiných nemocech v těhotenství jako je eklampsie, zánět mozku nebo chorea.

Těžké gravidní neurózy a psychózy si žádají sledování a léčbu psychiatrem. Závěr těhotenství by měl být veden v ústavu a těhotné se doporučuje být pod permanentním dohledem. Důležité je i sledování po porodu, jelikož u psychoneurotických žen je větší riziko poporodní psychózy se sebevražednými tendencemi.

Domnělé (nepravé) těhotenství

Je to vyvíjející stav, který se může objevit u psychopatických žen, které si až přehnaně přejí děti nebo i u některých psychopatických žen, které mají z těhotenství strach. Pokud se u ženy nedostaví menstruace, žena žije v přesvědčení, že je v jiném stavu, může mít i nauzeu, pocit napnutých prsou a neobvyklé chutě k jídlu. Trvání tohoto přesvědčení přetrvává i v případě že se menstruace dostaví později a žena je přesvědčena o zvětšujícím se břichu či pohybech plodu. Ženy se nakonec dostaví i do porodnice k porodu.

O negaci těhotenství dr. Pařízek píše že je to opak již zmiňované psychózy, tedy zamlčení možnosti a existence těhotenství. Bývá to většinou u svobodných s nízkou intelektuální úrovní. (Pařízek, Honzík, 2015).

Podle Dr. Bayla (2009), francouzského psychiatra a filozofa, existují různé koncepce negace těhotenství, které ovlivňují vědomost a všímovost ženy, a to utajení, popření a neuvědomění si těhotenství (viz Příloha B).

Le déni de grossesse – Nepoznané těhotenství z psychologického hlediska je to stav, do kterého zasahuje psychické podvědomí, jenž aktivně těhotenství odmítá

Denegation – popření těhotenství – žena vnímá fyzické příznaky těhotenství, ale být těhotná je pro ni nemyslitelné. Tuto myšlenku proto odmítá. Patří do psychického stavu neurózy. Psychoanalytický aspekt popisuje popření jako osobu rozdělenou mezi dva tábory (rozpory). Osoba si je vědoma svého stavu ale odmítá ho (Bayle, 2009)

La dissimulation – Utajené těhotenství

Utajené těhotenství je stav, kdy si je žena plně vědoma svého těhotenství, ale skrývá ho před ostatními do konce svého těhotenství.

Myslet si, že nepoznané těhotenství postihuje pouze mladistvou část populace je špatné.

Ženy, které nepoznané těhotenství zažily, nemají vždy společné rysy. Ovlivňuje všechny typy žen. Mohou to být ženy, které jsou sociálně integrované, vzdělané, vdané nebo velmi mladé ženy, kterým je 20 let, ale i starší (30, 40 let) a také ženy, které už děti mají.

Můžeme mít tendenci si myslet, že odmítnutí těhotenství se nám nemůže stát, ale tento stav se může přihodit každému.

Neexistuje tedy žádná typická žena, která by nemohla zažít nepoznané těhotenství, přesto však budou existovat jisté příčiny související se situací ženy, které by mohly kvůli tomuto nepoznanému těhotenství napomoci vysvětlení. Někdy pozorujeme souvislost s rodinnou, sociální situací, ale také s raným dětstvím těhotné, jako je například opuštění (Tchanen 2013).

Nepoznané těhotenství se týká pouze žen, ale může ovlivnit i doprovod či rodinu (Pierronne et col.2002).

U partnerů a blízké rodiny těhotných žen byl popsán v knize dr. Roztočila (2008) tzv. Syndrom „couvade“, tj., že jsou prokázány somatické symptomy gravidních žen jako např. nechut' k jídlu, žaludeční nevolnost či příbytek váhy. V tomto případě může jít o somatické vyjádření úzkosti, tak i nepoznané těhotenství může ovlivnit doprovod či rodinu, a to tak že si nikdo žádných příznaků u ženy s nepoznaným těhotenstvím nevšiml. Psycholožka Sandoz, užívá termín kontaminace nepoznaného těhotenství, když mluví o doprovodu ženy.

Vysvětlení nepoznaného těhotenství je jako začarovaný kruh. Vzhledem k tomu, že se žena necítí těhotná, není to poznat, a není tu nikdo, kdo by jí řekl, že je těhotná. Těhotenství to není jen fyziologický stav, je to také stav psychický. (Bayle 2009)

Je to také těhotenství viděno očima ostatních, zejména manžela, přítele. Když nás druhá polovička nevidí těhotné, necítíme se těhotně, a proto to někdy může trvat dlouho, někdy až do 7., 8., dokonce i 9. měsíce. Někdy se stane, že ani lékař nevidí známky těhotenství, což má za následek prodloužení nepoznaného těhotenství (Marinopolous 2011).

Proměna těla

Tělo těhotné ženy je v neustálé evoluci, mění se a formuje během celého těhotenství. Obecně spojujeme těhotenství se zaokrouhlujícím se břichem, během nepoznaného těhotenství ale břicho zůstává ploché.

Je to dynamický proces, který se vyznačuje fyziologickými, biologickými a hormonálními změnami. Ženy po porodu s nepoznaným těhotenstvím uvádějí přírůst na váze, ale ne tak velký, aby ho mohly přiřadit k těhotenství. Udávají větší chuť k jídlu.

Pozice plodu

Myšlenka těhotenství je nepravděpodobná pro ženu, ale i pro doprovod, neboť zaoblené břicho zůstává stále podstatným znakem těhotné ženy. Během nepoznaného těhotenství však břicho zůstane ploché a žena si těhotenství nepřipouští. Obecně osoba, která nevěří v nepoznané těhotenství, ospravedlňuje svůj názor, protože je nemyslitelné, že ve skutečnosti neměníte fyzický vzhled budoucí matky. I když je opravdu plod v děloze, jeho postavení není stejné. Plod se dokáže nepostřehnutelně postavit. Je umístěn buď velmi vysoko nebo podél páteře. Kromě toho břišní svaly jsou posíleny, aby uchránily dítě s dále brání zaoblení břicha. Proto si po psychické stránce žena nemůže připadat těhotná, její břicho zůstává stejné. Když se však žena dozví o svém těhotenství, dítě se pohne a uloží se do fetální polohy v příštích hodinách či dnech. Nevýhodou v tomto případě je, že matka vidí břicho se zvětšovat v krátkém čase, může to vést k duševní poruše.

Dítě, které matka necítí, je velmi disktrétní, a proto tyto děti nazýváme „bébé clandestin“ neboli utajené dítě. Tyto děti jsou disktrétní a nepohybují se tolik, jako plody během normálního těhotenství. Nezůstává však neaktivní, ale žena interpretuje pohyby úplně jiným způsobem. Nadýmání, plynatost, střevní pohyby (Dayan, 1999).

Důsledek nepoznaného těhotenství na plod

Ženy jsou špatně sledovány nebo vůbec, a proto pro plod existuje mnoho rizik. Ve skutečnosti ženy ignorující těhotenství mohou brát léky kontraindikované pro těhotenství, kouřit, pít alkohol ve velkém množství nebo dokonce užívat drogy. Mohou být vystaveny rentgenovému záření nebo toxickým produktům, či být ve styku s nemocným, který může být pro plod nebezpečný.

Navíc, některé patologické stavy související s těhotenstvím, jako je diabetes melitus, hypertenze nebo dokonce preeklampsie, může být pro plod fatální.

Důsledek na psychiku v těhotenství

Podle Sophie Marinopoulos je nepoznané těhotenství obranný mechanismus, kterým se tyto ženy brání. Bojí se čelit určité realitě nebo konfliktu. U těhotných matek vnitřní konflikt často pramení ze životní situace neslučitelné s faktem být matkou.

Probuzení z nepoznaného těhotenství

Ženy, které prožívají nepoznané těhotenství, zpravidla konzultují pro opakované a neustálé příznaky, se kterými se obracejí na svého praktického lékaře či gynekologa. Příznaky jsou četného původu, mohou to být různě opakované bolesti břicha, kontrakce dělohy, metroragie, bederní bolesti. Znamky preeklampsie se všemi možnými komplikacemi v tomto extrémním případě (Linder, 2009).

Často tyto ženy s nepoznaným těhotenstvím, které není ohlášené, nejsou deklarována tudíž nejsou sledované. Nepoznané těhotenství bez lékařské kontroly může způsobit risk pro matku i plod. Může se to týkat jak psychické stránky, tak i fyzické stránky, a to od normality, až po velmi závažnou patologii. Pokud nebyla provedena žádná lékařská prohlídka, znamená to, že nejsou známy žádné informace o stavu plodu. To vše může způsobit, že se matka po porodu může cítit provinile. Proto by pro tyto ženy měla být péče specifická a neinvazivní.

Velmi často toto těhotenství oznamuje lékař, ke kterému žena přijde s běžnými příznaky k lékaři, či na pohotovost po provedení dalšího vyšetření, jako jsou vzorky krve na stanovení těhotenství, ultrazvuku či kontrole moči. Zřídka je to během porodu ženy.

Jak to oznámit ženě?

Je těžké pro zdravotníky, ať už na příjmu, pohotovosti či porodním sále se vyjádřit tak, aby ženě vysvětlili správně realitu, kterou si nevybrala ze svobodné vůle.

Je velice důležité použít správně adaptovaný slovník, který může pomoci těmto ženám později akceptovat tento stav a necítit se provinile. Pro ženy je důležité toto období prodiskutovat už během zbytku svého těhotenství či porodu či pro zpětné si uvědomění co se vlastně stalo. Většina těchto žen pak mají zapotřebí sdílet své pocity, obavy, úzkosti a správně porozumět proběhlé události. Potřebují si o tom popovídat, vyzpovídat se a být pochopeny. Zdravotnický personál pak může tyto informace použít jako prostředek k ověření, že toto tiché těhotenství není příznak nějaké duševní choroby, či nedojde k

dekompenzaci nějaké již existující duševní choroby. V ostatních případech je nutné nabídnout uklidňující prostor, dále aby zdravotničtí pracovníci neměli negativní hodnotící úsudek, což ještě bohužel v mnoha případech existuje. Velmi často je žena ve stavu paniky, úžasu nebo úděsu a neporozumění. Je ve stavu neporozumění proč těhotenství na svém těle neviděla (Marinopoulos, 2009). Po porodu je doporučeno, aby žena byla v doprovodu, aby se co nejvíce zabránilo jakémukoliv riziku pro matku a budoucího novorozence. Proto přítomnost nějaké osoby, která bude mít dohled nad ženou, je klíč k tomu, aby žena poté mohla žít plnohodnotný život.

Péče o ženu při porodu

Porod je kritický v tom smyslu, že ženě hrozí dekompenzace. V některých případech je porod obdobím úděsu, neporozumění a překvapení, ale také v odmítnutí. Péče je pak složitější, protože je akutní. V této době jsou tedy hlavní rizika pro ženu psychologická.

Samotný porod

Několik autorů popisuje následující zvláštnosti při porodu u žen s úplným nepoznaným těhotenstvím, a to porodní bolesti, které trvají kratší dobu, než je průměr u primipar, u kterých je první doba porodní delší než u multipar, porodní bolesti, které jsou méně bolestivé. Velká většina žen přijede na urgentní příjem se značně pokročilým nálezem, a to s děložním čípkem otevřeným na 5 cm nebo se dostaví na urgentní příjem až před samotnou expulzí plodu. K nečekanému porodu může ale dojít i doma.

Ve dvou posledních jmenovaných případech, které se objevují většinou u úplných nepoznaných těhotenství, ženy nezpozorují první dobu porodní, jejich kontrakce interpretují většinou jako bolesti břicha. Navíc tato doba trvá krátce, a tak nemají čas rychle reagovat.

Co se týče porodů doma, mnoho neočekávaných porodů se provádí bez asistence a přihodí se na toaletě. Žena, která neví, že je těhotná, a která trpí bolestmi břicha, vnímá potřebu jít na toaletu, ale její potřeba odpovídá vypuzením plodu.

Celkem tři čtvrtiny porodů ale proběhnou bez komplikací. Bylo pozorováno, že v těchto extrémních případech jen několik případů překotných porodů způsobilo závažné komplikace, jako je hemoragické krvácení, dilacerace děložního čípku či pochyvy.

Péče o ženu po porodu

Znát a porozumět tématu o nepoznaném těhotenství. Konkrétní návrhy správné péče jsou nezbytné ale záleží také ke komu se obrácíme se správnou péčí.

V některých případech se vyskytuje překvapení, nepochopení či odmítnutí. Péče je komplikovanější z toho důvodu, protože se o těhotenství neví, a tak lékařům či porodním asistentkám chybějí důležité elementy. Navíc v úplných nepoznaných těhotenstvích může jít o akutní stav u matky, tak i u plodu. Může se jednat jak o nedonošené těhotenství, tak i o riziko smrti novorozence, dále je známa i intrauterinní růstová retardace.

Podpora psychologa vždy není nutná, ale pochopení a porozumění okolí nutné je. Je pravděpodobné, že podpora okolí, ochrana, ale i pochopení ze strany porodních asistentek či porodníků v době porodu a po něm, bývá požadována za nejdůležitější potřebu jak pro ženu, tak i pro doprovod ženy. Tímto nejdůležitějším bodem se jeví potřeba rychle se přizpůsobit pocitu emočního stavu ženy.

Po porodu by se na ženu nemělo tlačit. Vazba mezi ženou a jejím novorozencem by měla být spontánní, aby umožňovala smyslnou stimulaci v navázání přirozeného kontaktu. Ve většině případů neexistují žádné psychologické problémy po narození dítěte, ale během uvědomělého těhotenství ženy mají čas se připravit a zvyknout si na změnu situace. V případě nepoznaného těhotenství u nich nedošlo k dostatečné a pozvolné přípravě na situaci po porodu, proto je čeká změna, a to zejména s organizací života s dítětem a že ženy nejprve potřebují podstatnou praktickou podporu.

Podle odborníků tyto ženy ale nejsou horšími matkami než ženy, které si nepoznané těhotenství neprožily. I když se vazba matka – dítě vytváří už před porodem a je důležitou součástí těhotenství, u žen s nepoznaným těhotenstvím se tato vazba normalizuje rychle.

Na druhé straně u žen trpících duševními poruchami jako je těžká deprese, schizofrenie nebo drogová závislost, je nutná psychotherapeutická podpora. Riziko sebevraždy nebo infanticidy není zanedbatelné, zejména pokud žena dokázala své těhotenství skrýt. Deprese po porodu se mohou objevit plíživě, a to kdykoliv do 1 roku po porodu. Vyžadují terapii (Ratislavová, 2008).

1.2.5 Infanticida – úmyslné zabití novorozence

Žena může porodit kdykoli a kdekoliv. Ve sprše, ve vaně, do záchodové mísy. Ke smrti novorozence může dojít náhodně, a to kvůli nedostatečné péči po traumatu hlavičky nebo nedostatečné pomoci matky. Tato konfrontace s realitou může způsobit u rodičky určitou paniku a v některých případech matka věří, že je dítě mrtvé, a tak se ho zbavuje, přestože je živé. Další případy neonacitidy můžou být uškrcení novorozenců, a to je spojováno s psychotickým těhotenstvím. Nepoznané těhotenství a úmyslné zabití novorozence jsou často spojovány v lidské představivosti. (Marinopoulos, 2009)

2 VÝZKUMNÁ ČÁST

2.1 Cíle výzkumu a výzkumné otázky

Cílem výzkumu je zjistit postoj a názor porodních asistentek na fenomén nepoznaného těhotenství pomocí 2 výzkumných otázek:

Č. 1: Jsou porodní asistentky dostatečně informované na téma nepoznaného těhotenství?

Č. 2: Je zapotřebí jiná, specifická, péče o ženy s nepoznaným těhotenstvím?

2.2 Metodika výzkumu

K výzkumné části byla použita metoda kvantitativního výzkumu pomocí dotazníkového zpracování. Dotazník byl vytvořen na webových stránkách www.surveo.cz. Cílovou skupinou byly porodní asistentky, kterým jsem položila 12 otázek týkajících se nepoznaného těhotenství. Odpovědi k otázkám byly uzavřené a skládaly se z několika nabízených možností.

První dvě otázky byly zaměřeny na kategorizaci respondentek – z hlediska délky praxe ve zdravotnictví a typu oddělení, ve kterém pracují.

Ostatní otázky zjišťovaly zkušenosti porodních asistentek s nepoznaným těhotenstvím, ať obecně, nebo přímo ve zdravotnické praxi, informovanost o tomto tématu a také jejich názory na potřebu speciální péče pro ženy s nepoznaným těhotenstvím.

2.3 Charakteristika vzorku respondentek

Tato výzkumná práce se týká pouze výsledků založených na odpovědích porodních asistentek, které jsem oslovila pomocí zaslání e-mailu či aplikací pro komunikaci. Jednalo se pouze o porodní asistentky žijící a pracující na území České republiky.

Dotazník (viz. Příloha A) byl zaslán 103 porodním asistentkám, z čehož zpět jsem obdržela celkem 102 dokončených dotazníků. Návratnost je 99 %.

2.4 Průběh výzkumu

O vyplnění dotazníku jsem žádala respondentky formou e-mailu, Messengeru či aplikací WhatsApp nebo Viber. Dotazník byl anonymní a měly ho k dispozici 2 měsíce na webových stránkách www.survio.cz v období od února 2020 do dubna 2020. Dotazník byl před distribucí schválen podle daných předpisů bakalářské práce.

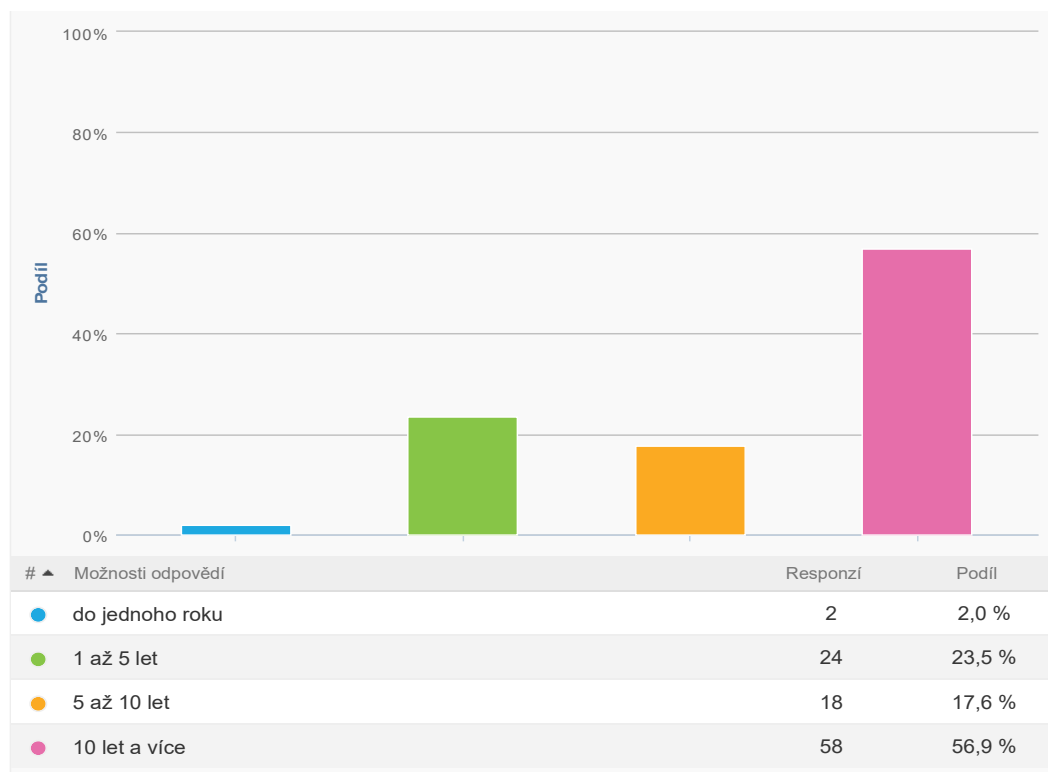
Při sběru a zpracování všech otázek a odpovědí byla zajištěna anonymita a všechny výsledky byly použity pouze ke zpracování této bakalářské práce. Odpovědělo 102 respondentek.

2.5 Zpracování získaných dat

Výsledky jsou uvedeny ve sloupcových grafech doplněných o komentář k danému výsledku.

2.6 Výsledky dotazníkového šetření

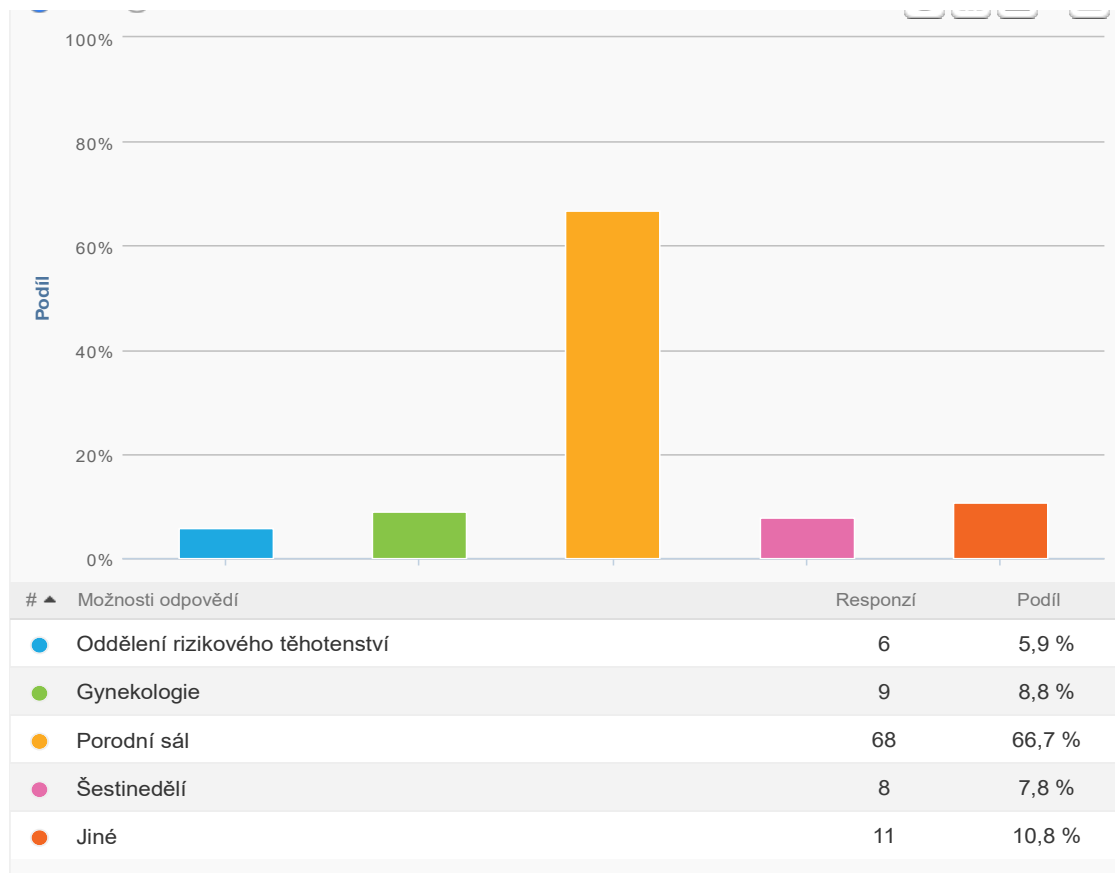
Otázka č.1 Počet let praxe ve zdravotnickém zařízení?



Graf 1: Počet let praxe ve zdravotnickém zařízení

První otázka ukazuje rozdělení respondentek podle délky praxe ve zdravotnickém zařízení. Z celkového počtu 102 respondentek jich nejvíce, 58 (56,9 %), pracuje ve zdravotnickém zařízení 10 let nebo více. 18 porodních asistentek (17,6 %) uvedlo 5 až 10 let praxe. 24 respondentek (23,5 %) má 1 až 5 let praxe a pouze 2 respondentky (2 %) uvedly praxi do 1 roku.

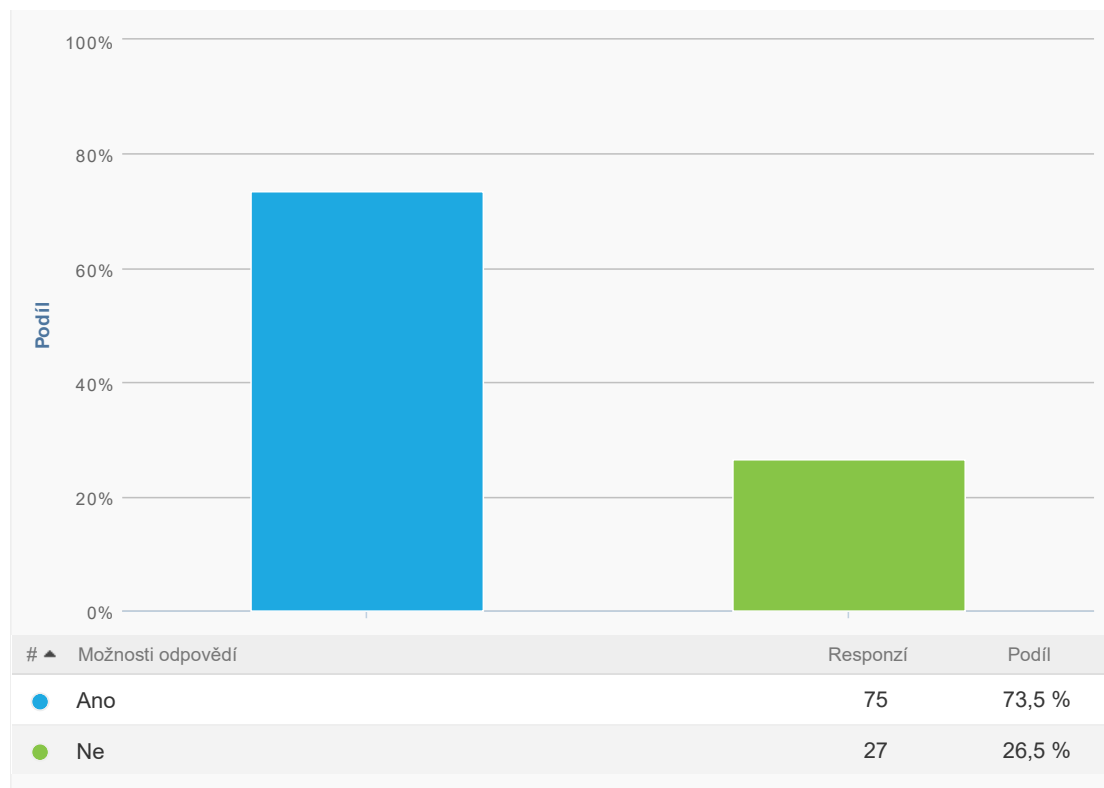
Otázka č.2 Vaše současné pracoviště



Graf 2: Současné pracoviště

Druhá otázka naopak ukazuje Z celkového počtu tázaných porodních asistentek jich nejvíce a to 68 (66,7 %) pracuje na porodním sále, 9 (8,8 %) na gynekologii, 8 (7,8 %) na šestinedělí, 6 (5,9 %) na oddělení rizikového těhotenství, na jiném oddělení jich pracuje 11 (10,8 %).

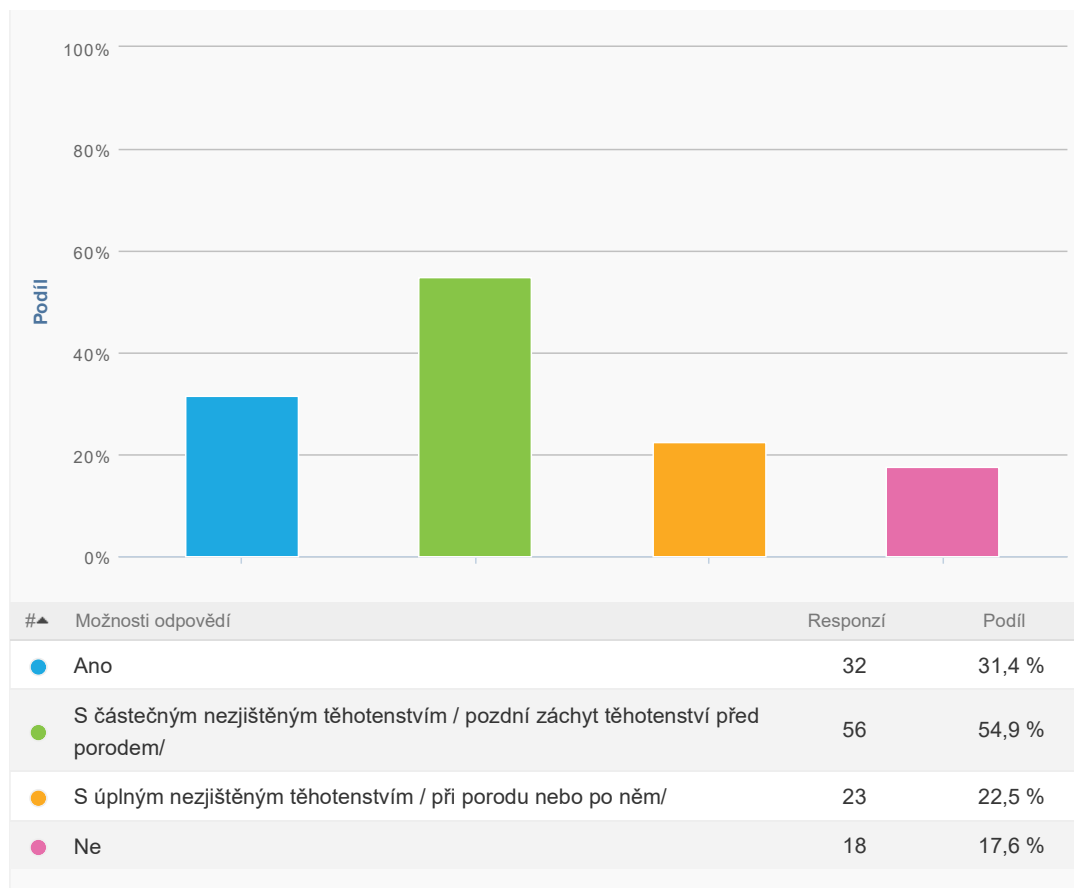
Otázka č.3 Setkala jste se již někdy s nepoznaným těhotenstvím?



Graf 3: Nepoznané těhotenství v životě

Na grafu č.3 vidíme že 75 (73,5 %) respondentek se již setkala s tématem nepoznaného těhotenství, zatímco 27 (26,5 %) se s tímto tématem nikdy nesetkala.

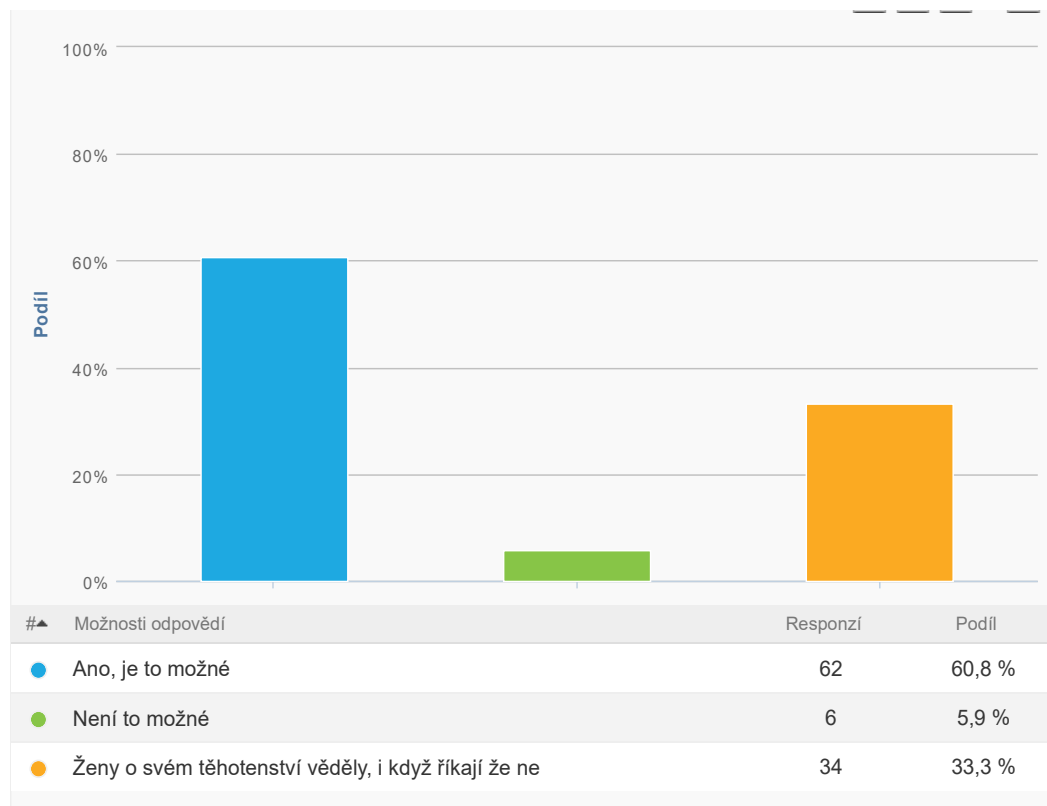
Otázka č.4 Setkala jste se již s nepoznaným těhotenstvím ve vaší praxi?



Graf 4: Nepoznané těhotenství v praxi

V otázce č.4 odpovídaly respondentky, jestli se už s nepoznaným těhotenstvím setkaly v praxi. 32 (31,4 %) jich odpovědělo ano. S částečným nepoznaným těhotenstvím se setkalo 56 (54,9 %) respondentek. S úplným nepoznaným těhotenstvím se setkalo 23 (22,5 %) a nikdy se s ním nesetkalo 18 (17,6 %) respondentek.

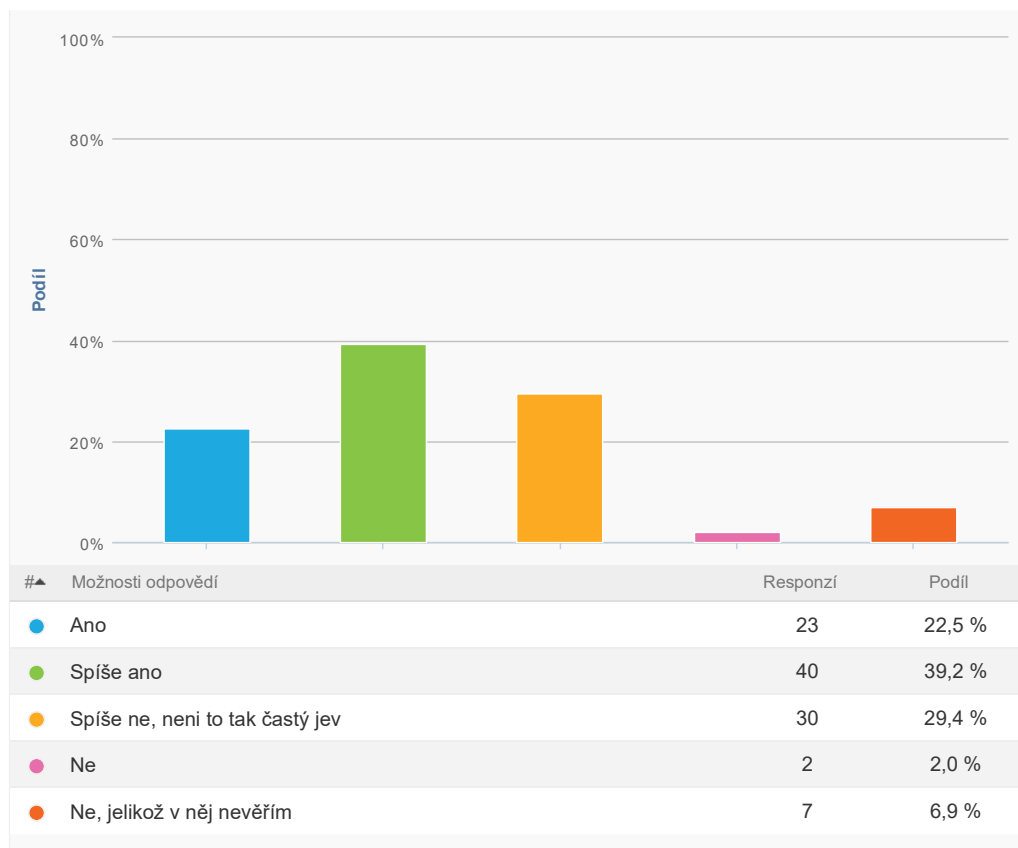
Otázka č.5 Máte dojem, že je to téma, kterému se dá jen těžko věřit?



Graf 5: Přesvědčivé téma

V otázce č.5 odpovídaly respondentky, zdali se dá tomuto tématu věřit. 62 (60,8 %) z toho věří že ženy můžou prožít nepoznané těhotenství, aniž by si ho uvědomovaly, 6 (5,9 %) si myslí, že to možné není a 34 (33,3 %) si myslí že ženy o svém těhotenství věděly a kryly ho před ostatními.

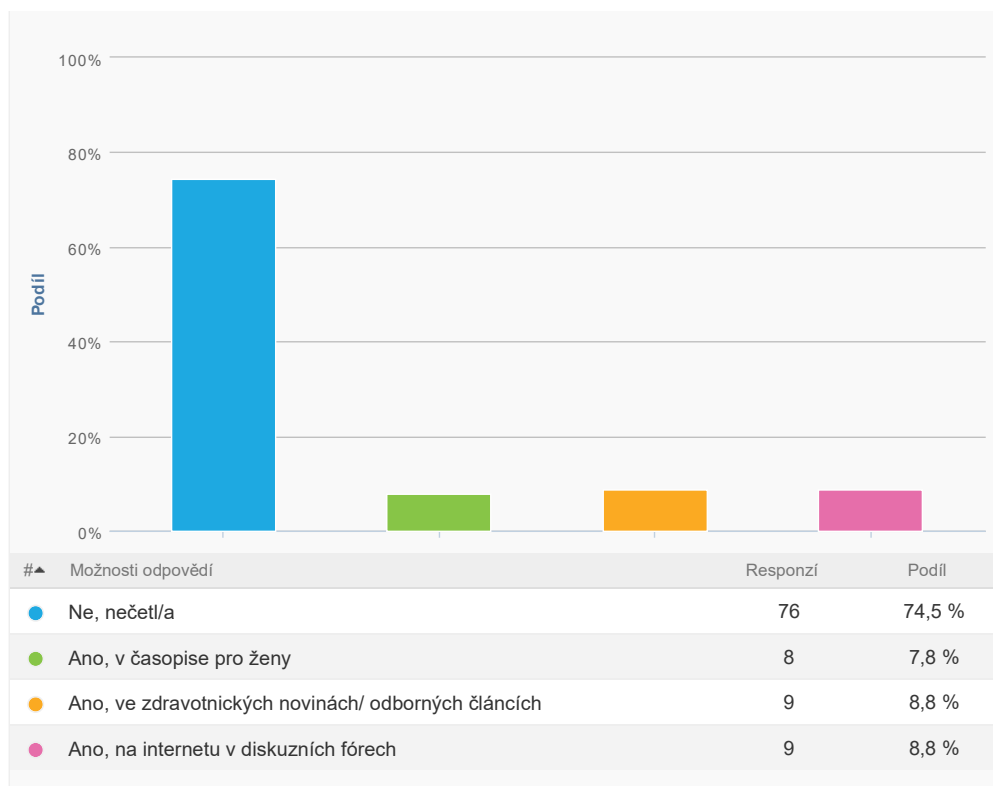
Otázka č.6 Myslíte si, že by se o nepoznaném těhotenství mělo více mluvit?



Graf 6: Informovanost o nepoznaném těhotenství

V otázce č.6 respondenty odpovídaly na dotaz, zda by se o nepoznaném těhotenství mělo více mluvit. 23 (22,5 %) se domnívají, že by se NT mělo více mluvit, u 40(39,2 %) z nich spíše ano, u 30 (29,4 %).

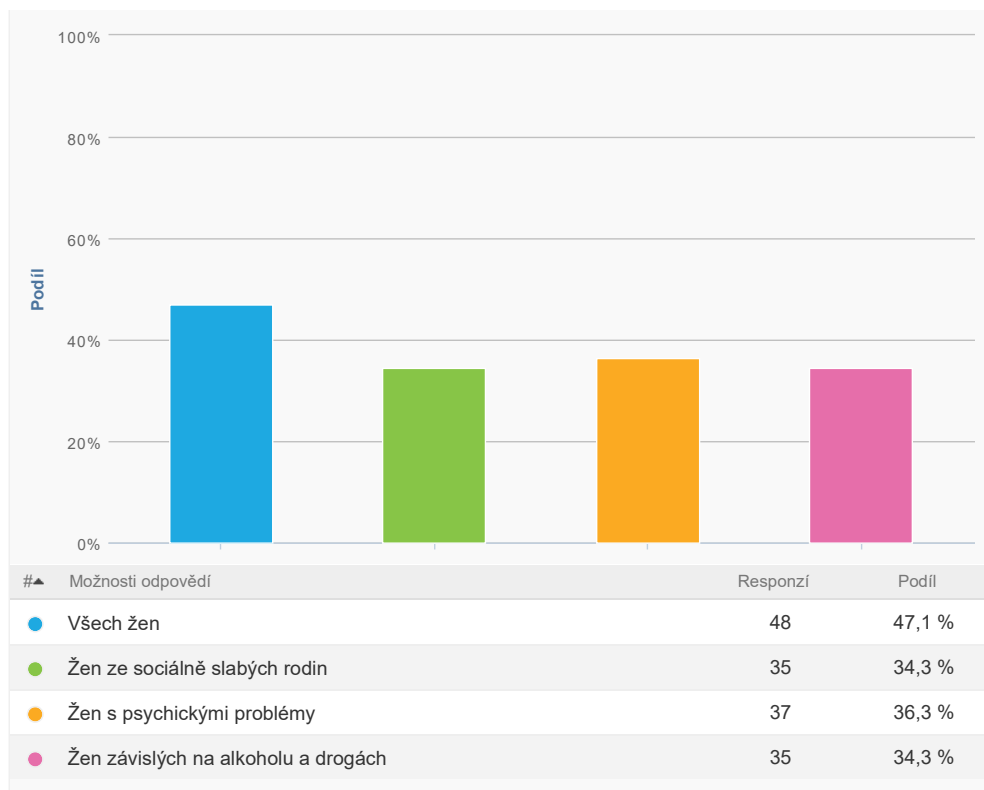
Otázka č.7 Četla jste někdy článek či studii o nepoznaném těhotenství? Pokud ano, o jaký zdroj se jednalo?



Graf 7: Získání informací

Z celkového počtu 102 respondentek, které odpovídalo na dotazník 76 (74,5 %) nikdy nečetlo článek o Nepoznaném těhotenství, 8 (7,8 %) četlo články v časopisech pro ženy, 9 (8,8 %) ve zdravotnických novinách a 9 (8,8 %) na internetu v diskuzních fórech.

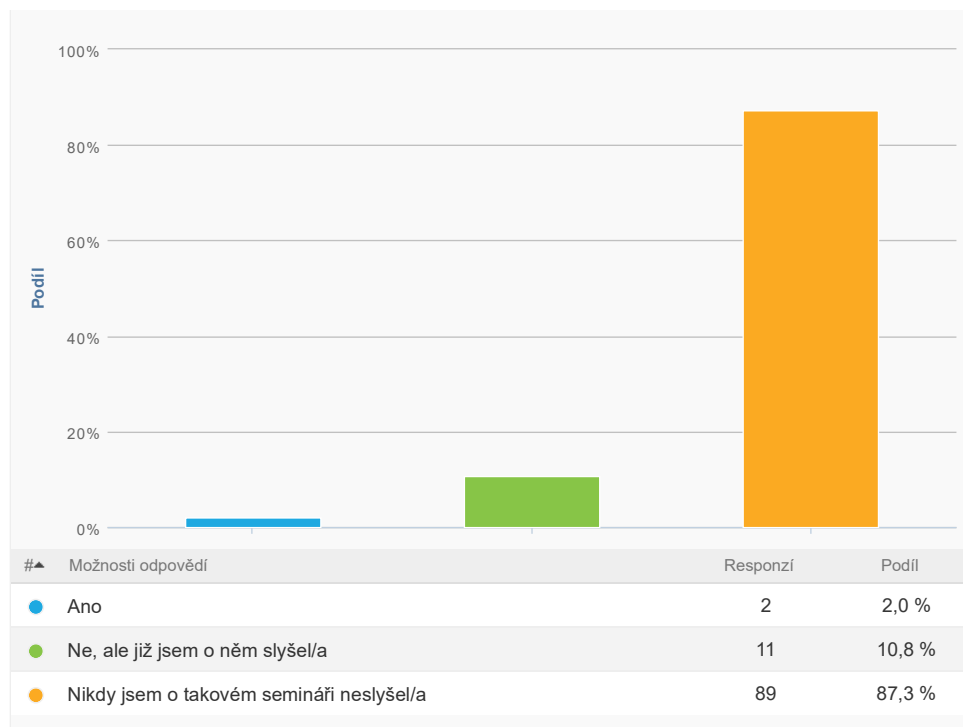
Otázka č.8 Myslíte si, že nepoznané těhotenství se může týkat



Graf 8: Koho se týká nepoznané těhotenství?

V otázce č.8 odpovídaly respondentky na dotaz, které ženy mohou prožít nepoznané těhotenství. Měly na výběr čtyři odpovědi. 48 (47,1 %) odpovědělo že se to může týkat všech žen, 35 (34,3 %) si myslí že se to může týká pouze žen se sociálně slabých rodin. 37 (36,3 %) si myslí že je to problém žen s psychickými problémy a 35 (34,3 %) si myslí že se to týká pouze žen závislých na alkoholu a drogách.

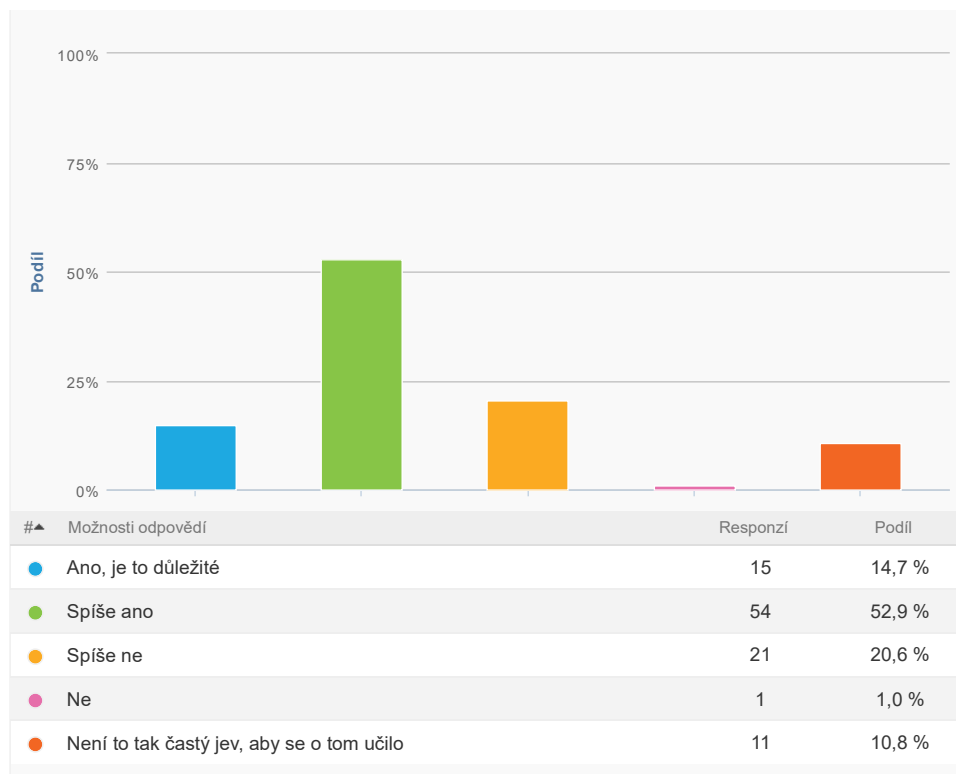
Otázka č.9 Zúčastnila jste se již někdy nějakého semináře o nepoznaném těhotenství?



Graf 9: Účast na semináři

Z celkového množství respondentek, 89 (87,3 %), nikdy o takovém semináři neslyšely. Pouze dvě z dotázaných se zúčastnily semináře na téma nepoznané těhotenství a 11(10,8 %) respondentek o takovém to tématu slyšely ale nikdy se nezúčastnily.

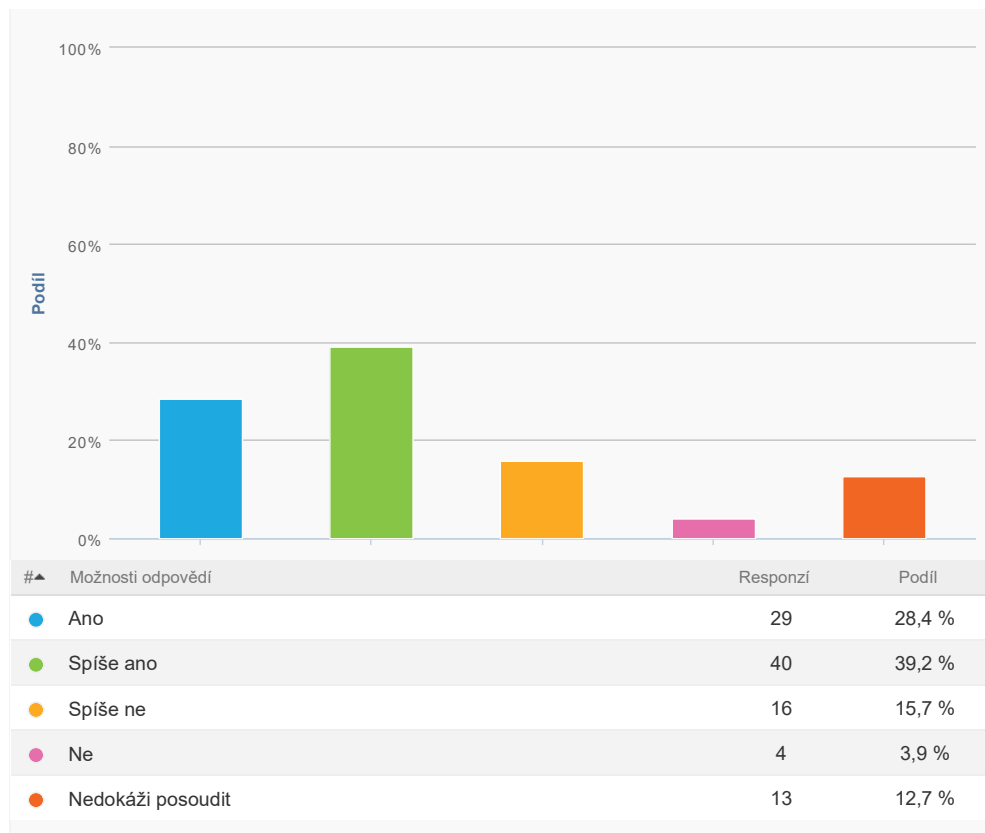
Otázka č.10 Mělo by se tímto tématem už zabývat více při studiu porodní asistence?



Graf 10: Téma součástí studia

Tento graf navazuje na předchozí otázku, zdali by se tímto tématem mělo zabývat již při studiu porodní asistence byla odpověď spíše ano u 54 (52,9 %) responzí, pouze 15 (14,7 %) si myslí, že je to důležité, pro 11(10,8 %) respondentek, to není tak častý jev, aby se o něm učilo a pro jednu respondentku to není vůbec důležité.

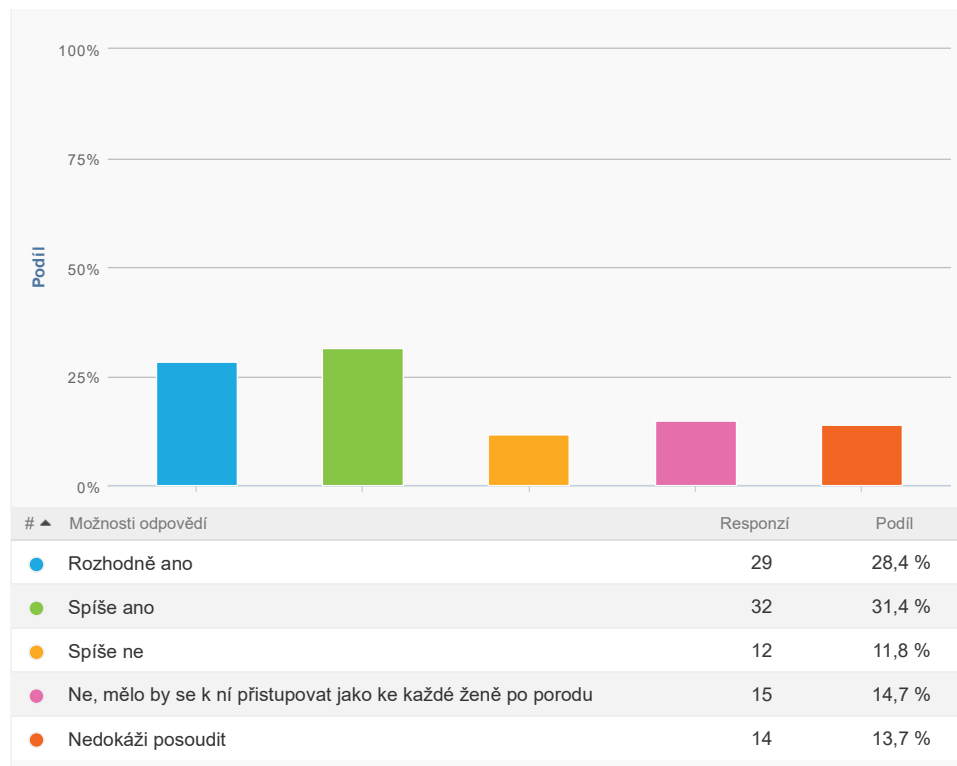
Otázka č.11 Myslíte si, že jste dostatečně připravená se o ženu při nepoznaném těhotenství starat?



Graf 11: Informovanost

Z výše uvedených výsledků se dozvídáme, že pouze 2/3 porodních asistentek je připravena, popř. si myslí, že je připravena se o ženy s nepoznaným těhotenstvím postarat. Třetina respondentek si naopak není jistá, zda by se dokázalo o takovéto pacientky postarat, nebo svou připravenost nedokážou posoudit.

Otázka č.12 Domníváte se, že žena po porodu u neznámého těhotenství by měla mít jinou, specifickou, péči?



Graf 12: Specifická péče

Pouze necelých 60 % porodních asistentek se přiklání k tomu, aby ženy s nepoznaným těhotenstvím měly speciální péči po porodu. Naopak 41 % dotázaných porodních asistentek nepřikládá důležitost speciální péče pro ženy s nepoznaným těhotenstvím, popř. situaci nedokážou posoudit.

2.7 Vyhodnocení výzkumných otázek

Výzkumná otázka č.1: Jsou porodní asistentky dostatečně informované na téma nepoznaného těhotenství?

Tabulka 1: Informovanost porodních asisterek o nepoznaném těhotenství

	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost (%)</i>
Otázka č. 7: Četla jste někdy článek či studii o nepoznaném těhotenství? Pokud ano, o jaký zdroj se jednalo?		
<i>Ne nebo pouze v neodborných zdrojích (časopisy pro ženy / diskusní fóra)</i>	93	91,2
<i>Ano, ve zdravotnických novinách / odborných člancích</i>	9	8,8
Otázka č. 9: Zúčastnila jste se již někdy nějakého semináře o nepoznaném těhotenství?		
<i>Ano</i>	2	2,0
<i>Ne</i>	100	98,0
Otázka č. 11: Myslíte si, že jste dostatečně připravená se o ženu při nezjištěném těhotenství starat?		
<i>Ano nebo spíše ano</i>	69	67,6
<i>Ne, spíše ne nebo nedokážou posoudit</i>	33	32,4

Pro vyhodnocení první výzkumné otázky jsou použity 3 dotazníkové otázky (viz Tabulka 1).

Ze získaných dat můžeme zcela zřetelně posoudit informovanost porodních asisterek o nepoznaném těhotenství. Pouze 9 porodních asisterek (tj., 8,8 %) četla odborný článek či studii zabývající se nepoznaným těhotenstvím. A z toho pouze 2 porodní asistentky (tj, 2 %) z celkových 102 dotázaných se někdy zúčastnila odborného semináře. Převážná většina porodních asisterek o něm buď jen slyšela, nebo ani to ne.

Rozdílné výsledky ovšem můžeme pozorovat u odpovědí na otázku, zda se cítí dostatečně připraveny na péči o ženy s nepoznaným těhotenstvím. Přibližně 2/3 dotázaných porodních asisterek se cítí připravena, či spíše připravena, ačkoliv se dá

předpokládat, že většina z těchto porodních asistentek, které se cítí připraveny, se neúčastnily žádného semináře na toto téma a nečetly ani žádný odborný článek či studii.

Důvody tohoto zřejmého rozporu se budu zabývat v diskuzní části této bakalářské práce.

Výzkumná otázka č.2: Je zapotřebí jiná, specifická, péče o ženy s nepoznaným těhotenstvím?

Tabulka 2: Potřebnost jiné, specifické, péče o ženy s nepoznaným těhotenstvím

	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost (%)</i>
<i>Otázka č. 5: Máte dojem, že je to téma, kterému se dá jen těžko věřit?</i>		
<i>Ano, je to možné</i>	62	60,8
<i>Ne, není to možné, popř. ženy o svém těhotenství věděly, i když říkají, že ne</i>	40	39,2
<i>Otázka č. 12: Myslíte si, že žena po porodu u nepoznaného těhotenství potřebuje jinou, specifickou, péči?</i>		
<i>Rozhodně ano či spíše ano</i>	61	59,8
<i>Ne, spíše ne či nedokážu posoudit</i>	41	40,2

K vyhodnocení druhé výzkumné otázky byly použity dotazníkové otázky č. 5 a 12 (viz Tabulka č. 2).

Většina dotázaných porodních asistentek (60 %) se domnívá, že ženy s nepoznaným těhotenstvím by měly mít specifickou péči po porodu. Naopak 41 respondentek (tj. 40,2 %), se nepřiklání k názoru, že by tyto ženy měly mít speciální péči po porodu, popřípadě potřebu speciální péče nedokážou posoudit.

Dotazníková otázka č. 5 nám potvrzuje (nebo se to dá alespoň předpokládat), že porodních asistentek, které nevěří v nepoznané těhotenství, je přibližně stejné množství (39,2 %) jako těch, které si myslí, že tyto ženy by neměly mít speciální péči po porodu.

3 DISKUZE

Tato část bakalářské práce se bude věnovat výsledkům dotazníkového šetření vzhledem ke stanoveným výzkumným otázkám. V rámci dotazníkového šetření bylo rozesláno 12 otázek. Odpovědělo celkem 102 respondentek.

Mým cílem bakalářské práce bylo zjistit postoj a názor porodních asistentek na fenomén nepoznaného těhotenství.

Výsledky výzkumného šetření srovnatelné s prací bylo těžké najít, jelikož v České republice toto téma není rozšířené. Nedohledala jsem ani žádné oficiální definice nepoznaného těhotenství.

K porovnání používám 2 zahraniční studie, kterými jsou:

Diplomová práce od Andrey Copy – **Nepoznané těhotenství prizmatem porodních asistentek v roce 2012**: kvalitativní studie vedená mezi porodními asistentkami kterou uskutečnila ve dnech 15.července – 31.srpna 2012 v nemocničním zařízení Centre hospitalier a v centru pro matku a dítě v departementu Finistère ve Francii, mimo jiné dokládá, že nepoznané těhotenství vyžaduje adaptovaný a víceoborový přístup.

K získání výsledků byly použity dvě odlišné metody: dotazníky určené porodním asistentkám v nemocnicích a centrech pro matku a dítě, a dále formou polořízených rozhovorů vedených s porodními asistentkami, které se s fenoménem nepoznaného těhotenství setkaly v rámci své profesní kariéry.

Její práce si klade za cíl zanalyzovat představy porodních asistentek a tímto prostřednictvím zjistit co si o nepoznaném těhotenství myslí a co o něm skutečně ví a dále stanovit jaká se v tomto směru v roce 2012 nabízela péče a jaké jsou možnosti jejího zlepšení.

Druhou prací pro porovnání mých výsledků mi posloužila diplomová práce studentky medicíny, Andrey Costy, z roku 2014 vedená při fakultní nemocnici CHUV ve Švýcarsku. Tématem diplomové práce je „**Nepoznané těhotenství, retrospektivní studie vedená při fakultní nemocnici kraje Vaudois CHUV**“.

Cílem její práce bylo definovat terminologii a chorobopisnou jednotku nepoznaného těhotenství. Také provést retrospektivní studii na základě zdravotnických podkladů

archivovaných fakultní nemocnicí CHUV s cílem tento fenomén analyzovat na základě několika jasně definovaných charakteristik a následně získané výsledky porovnat s dostupnou literaturou.

Výzkumná otázka č.1 se zabývá otázkou, zda jsou porodní asistentky dostatečně informované na téma nepoznaného těhotenství.

Na základě odpovědí získaných od respondentek soudím, že informovanost o nepoznaném těhotenství je poměrně nízká. Pouze 2 porodní asistentky (ze 102 dotázaných) se zúčastnily semináře o nepoznaném těhotenství. Dále pak pouze 9 porodních asistentek (z celkových 102 dotázaných) četla studii či článek v odborných novinách.

Zajímavé je, že ačkoliv drtivá většina porodních asistentek nenavštívila žádný seminář, ani nečetla žádnou odbornou studii či článek, 2/3 z celkového počtu porodních asistentek se cítí dostatečně připravena se o ženy s nezjištěným těhotenstvím starat. Otázkou tedy zůstává, zda je péče o tyto ženy odborně podceňována a porodní asistentky se domnívají, že bližší vzdělání v oblasti nepoznaného těhotenství není potřebné (z důvodu nedůvěry v existenci nepoznaného těhotenství), nebo zdroj jejich připravenosti je jiný, než je studium, semináře či odborná články/studie s touto tematikou.

Určité zajímavé poznatky o informovanosti porodních asistentek o nepoznaném těhotenství nám můžou poskytnout i výsledky dotazníkových otázek č. 8 a č. 10, které nebyly přímo zahrnuté do výzkumné otázky.

Z otázky č. 8 se pak dozvídáme, že více jak polovina porodních asistentek se domnívá, že nepoznané těhotenství se týká pouze těch žen, které mají psychické problémy, jsou ze sociálně slabších rodin, popřípadě užívají některé drogy. Ale jak víme ze studií, které již byly dříve zveřejněné, nepoznané těhotenství se může týkat úplně každé ženy.

Podle výsledků dotazníkové otázky č. 10, více jak 67 % dotázaných porodních asistentek by uvítalo, aby byla výuka o nepoznaném těhotenství a péči o rodičky zahrnuta již při studiu porodní asistence. Tím by se mohla informovanost výrazně zvýšit.

Výsledky mé práce se shodují s výsledky práce Andrey Copy a potvrzuje, že informovanost porodních asistentek o tématu nepoznaného těhotenství je velmi nízká.

Ze studie vyplývá, že některé porodní asistentky zaměňují skrývané a nepoznané těhotenství. Předsudky ohledně socioekonomických skupin žen stále přetrvávají i mezi porodními asistentkami. Jedná se navíc o fenomén, který je i pro profesionály překvapivý a těžko pochopitelný. Vstupní vzdělání přineslo v této věci dotazovaným porodním asistentkám jen velmi málo či vůbec nic a specifický vzdělávací program o nepoznaném těhotenství nebyl v rámci celoživotního profesního vzdělávání nabízeného nemocničními zařízeními, ve kterých byl průzkum veden, nikdy přestaven. V oblasti pochopení tohoto fenoménu je velký prostor pro zlepšení.

Nepoznané těhotenství je skutečným rizikem pro veřejné zdraví jednak z hlediska své četnosti (1–3 nepoznaná těhotenství na 1000 narození ve Francii), jednak z důvodu následných fyzických a psychických problémů, které s sebou nese. Bylo by prozíravé, kdyby pracovníci ve zdravotnictví měli k dispozici více teoretických podkladů o nepoznaném těhotenství, aby se jim tento jev snadněji zpracovával a mohli dotčeným a zranitelným pacientkám co nejlépe pomoci. Tyto vzdělávací podklady by mohly být součástí jak vstupního vzdělání, tak celoživotních vzdělávacích programů.

I ve studii druhé ze studentek, které se ve svých pracích zabývaly nepoznaným těhotenstvím, se uvádí nedostatečná informovanost nejen laické, ale i odborné veřejnosti.

Uvádí, že nepoznané těhotenství stále nemá jednoznačnou definici, kterou bychom mohly považovat za všeobecně platnou, ačkoli se tento termín v běžné zdravotnické praxi užívá od roku 1970. Výsledky studie se celkově shodují s výsledky známými z literatury. Obecně platí, že jak v její studii, tak v literatuře, neexistuje žádná specifická charakteristika pro ženy, které se staly oběťmi nepoznaného těhotenství, což nám znemožňuje vykreslit typický portrét rizikové osoby, a zaměřit se na prevenci dalších případů.

Výzkumná otázka č. 2 se zabývá problematikou péče po porodu o ženy s nepoznaným těhotenstvím.

Z výzkumného šetření vyplívá, že poměrně vysoký počet porodních asistentek, téměř 40 %, v nepoznané těhotenství vůbec nevěří, anebo si myslí, že ženy s nepoznaným těhotenstvím neuvádí pravdu o tom, že o svém těhotenství nevěděly. Tomuto výsledku odpovídá i počet porodních asistentek (více než 40 %), které uvádí, že ženy s nepoznaným

těhotenstvím by po porodu neměly mít zvláštní, speciální péči nebo nedokážou tuto problematiku posoudit.

Výsledky této výzkumné otázky mě nemile překvapily. Domnívala jsem se, že odborný personál, kterými by měly porodní asistentky bezesporu být, se bude více spoléhat na prokazatelná fakta o existenci nepoznaného těhotenství než se řídit svými předsudky. Předpokládala jsem, že porodní asistentky, které již mají zkušenost se ženami s nepoznaným těhotenstvím, se budou o toto téma více zajímat, a budou těmto ženám více důvěřovat.

Podle studie Andrey Copy není poskytovná péče pro ženy s nepoznaným těhotenstvím ve Francii ideální. Zařízení pro matku a dítě PMI takovou péči celoplošně nenabízejí a různé typy asistenčních programů určených budoucím rodičům byly dotazníky zmiňovány jen okrajově.

Ve své studii Andrea Costa naopak uvádí, že ve švýcarské nemocnici, vedeni snahou co nejlépe vyhovět případným žádostem pacientek a jejich klinickému stavu, zasahovali pravidelně v těchto případech nejrozličnější specialisté jako dětské psychologové, porodní asistentky, konzultující předporodní a poporodní stav, sociální pracovníci a další zdravotnický personál reagující případ od případu na specifické potřeby jednotlivých pacientek. Nepoznané těhotenství je často traumatickým zážitkem, ačkoli jeho vyústění obvykle nemívá dramatické následky ani pro matku, dítě, otce ani jejich okolí. Čím dříve k odhalení těhotenství dojde, tím víc času zbývá na jeho zpracování a přijetí.

Tyto případy měl pravidelně v péči víceoborový tým odborníků. Pokud by se nám podařilo poznat okolnosti nepoznaného těhotenství, umožnilo by nám to vyhnout se jakékoli stigmatizaci či eliminovat nevyhovující péči. Nemůžeme sice doufat, že se nám podaří nepoznanému těhotenství zcela předcházet, ale můžeme zmírnit jeho následky. Jedním z prostředků je všeobecné povědomí o tomto fenoménu v řadách laické i odborné veřejnosti. Pro lékaře to konkrétně znamená zvážit tuto eventualitu v případě žen v reprodukčním věku s bolestmi břicha nebo vykazující symptomy obvykle spojené s těhotenstvím jako jsou nevolnosti nebo váhový přírůstek, a to bez ohledu na menses.

Z porovnání výše uvedených studií vyplývá, že péče o ženy s nepoznaným těhotenstvím je ve Švýcarsku na vyšší úrovni než ve Francii a České republice.

Ráda bych zde uvedla i několik velmi zajímavých poznatků, ke kterým tehdejší studentka medicíny ve své práci došla, ale které přímo nesouvisí s mými výzkumnými otázkami.

Studie Andrey Costy byla vypracována na základě zdravotnické dokumentace pacientek, které byly přijaty s diagnózou částečného nebo úplného nepoznaného těhotenství na gynekologicko-porodnickém oddělení fakultní nemocnice CHUV v letech 1999 až 2012, nikoliv na základě odpovědí od porodních asistentek, jako je tomu v mé práci.

Na základě nashromážděných údajů analyzovala výskyt nepoznaných těhotenství z hlediska hned několika parametrů jako jsou věkové kategorie, sociální prostředí, případná předchozí těhotenství, reakce rodiny zejména na nepoznané těhotenství nebo spontánní potrat v druhém trimestru. Zohlednila výhradně nepoznaná těhotenství završená porodem.

Její studie prokázala, že s četností 2 nepoznaných těhotenství na 1000 narození je tento fenomén častým jevem i v rámci fakultní nemocnice CHUV, kdy částečná nepoznaná těhotenství (90 %) jsou svým výskytem častější než úplná nepoznaná těhotenství (10 %).

Dospívající dívky představují jen zlomek pacientek (7 %). Ženy mají v průměru 27 let, těhotenství odhalily kolem 25. týdne od posledních měsíčků, jsou ve většině cizí státní příslušnice (68 %), což odpovídá běžným statistikám předporodní péče ve fakultní nemocnici CHUV.

Děti narozené z nepoznaných těhotenství mají váhu i velikost v normě, v průměru váží 2934,7 gramů a měří 47,5 centimetrů. Zaznamenali váhový přírůstek 11 kilogramů a 5 bodový nárůst BMI oproti obvyklému stavu.

Pouze slabé procento pacientek užívalo v průběhu těhotenství návykové látky, nebo doznává, že v průběhu těhotenství jich užívalo (tj. 17 %). Nejčastěji užívanou drogou je tabák. Pacientky pocházejí ze všech socioekonomických skupin, i když převažují ženy zaměstnané v terciálním sektoru. Nerozpoznání těhotenství může být tzv. „nakažlivé“, což znamená, že ani partneři, rodina a blízké okolí ženy nepozná na ženě těhotenství, pokud ona sama o něm neví.

Většina (62 %) byla hospitalizována na stejnou dobu jako ženy nevykazující známky nepoznaného těhotenství, tj. 4-5 dnů.

4 NÁVRH ŘEŠENÍ A DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Jaká by tedy měla být správná péče o pacientku s nepoznaným těhotenstvím? Jak zlepšit informovanost nejen odborného personálu, ale i laické veřejnosti?

Tuto otázku jsem si položila už před několika lety, kdy jsem se poprvé setkala se ženou, která prožila nepoznané těhotenství. Sama jsem neměla dostatek informací a znalostí o této problematice, a nevěděla jsem, jak by správná péče o tyto ženy měla vypadat.

Aby se následná péče o tyto ženy mohla zlepšit, musí se nejprve zlepšit informovanost porodních asistentek. Toho by bylo možné dosáhnout následovně:

- Zlepšení dostupnosti odborné literatury na téma nepoznaného těhotenství v českém jazyce. Jak jsem zjistila, českých překladů odborných knih, studií či článků na toto téma je velmi málo či nejsou vůbec. Je v zájmu celé společnosti rozšiřovat odbornost všech zdravotních pracovníků ve zdravotnictví.
- Zahrnutí tématu do osnov výuky porodní asistence. Podle odpovědí z dotazníkového šetření, by měla většina porodních asistentek zájem se dozvědět více o této problematice již při studiu
- Semináře o nepoznaném těhotenství organizované vedením nemocnic a porodnic určené nejen zdravotním odborníkům, ale i široké veřejnosti. Zapojit do organizace seminářů by se mohly i vysoké školy zaměřené na studium medicíny nebo porodní asistence.

Pokud by se zvýšila informovanost o nepoznaném těhotenství, věřím, že zlepšení péče o ženy s nepoznaným těhotenstvím by bylo mnohem jednodušší implementovat na jednotlivá porodní oddělení, aniž by se musely vytvářet zdlouhavé protokoly či „guideliny“. Zlepšení péče by mělo zahrnovat:

- Motivace kolegů k tomu nebát se o tomto tématu se ženami kterých se to přímo týká hovořit
- Zajištění multidisciplinárního řízení celého týmu – spolupráce s psychology, popř. sociálními pracovníky

Profesionální role zůstává stejná, být zde pro tyto ženy, naslouchat jim a podpořit je.

ZÁVĚR

Objevit a pochopit složitost tématu o nepoznaném těhotenství byla velmi zajímavá zkušenost, která touto bakalářskou prací pro mě nekončí.

Bakalářská práce se skládá z dvou hlavních částí. Teoretická část práce popisuje těhotenství jako takové, dále se zabývá historií i současným stavem nepoznaného těhotenství. Druhou částí je kvantitativní výzkum pomocí dotazníků. Práce byla porovnána s dvěma zahraničními studiemi, zaměřujícími se také na téma nepoznaného těhotenství. Bohužel česká studie na obdobné téma není k dispozici. V závěru práce jsou uvedena doporučení návrhů možné nápravy v případě zjištěných nedostatků.

Záměrem práce bylo především získání názoru a informací od mých kolegyně – porodních asistentek na téma nepoznaného těhotenství pomocí položených otázek. Snahou bylo zjistit, zda a nakolik jsou o problematice informovány, jaký mají pohled na uvedenou problematiku a jaký zastávají názor na následnou péči o ženy po porodu s nepoznaným těhotenstvím.

Výsledky výzkumného šetření ukázaly, že porodní asistentky nejsou dostatečně informované v této problematice. Pouhá 2 % se zúčastnila odborného semináře na téma nepoznaného těhotenství. Jen 9 ze 102 dotázaných četla některou odbornou literaturu věnující se této tématice, ať se jednalo o studii nebo odborný článek. Ze své zkušenosti vím, že ani studium porodní asistence nenabízí bližší informace či přednášky k tomuto tématu. Co se týče poporodní péče o ženy s nepoznaným těhotenstvím, i zde jsem shledala nedostatky. Poměrně vysoké procento porodních asistentek (39,2 %) ani nevěří v existenci nepoznaného těhotenství, popřípadě zastávají názor, že ženy neuvádí pravdivé informace o nevědomosti svého těhotenství. Tomuto výsledku odpovídá i názor na poporodní péči o tyto ženy. Více jak 40 % dotázaných porodních asistentek neshledává potřebu a důležitost speciální poporodní péče pro ženy s nepoznaným těhotenstvím, popřípadě si to nedovolují posoudit.

Výše uvedené závěry poukazují na nutnost zvýšení pozornosti tomuto tématu, především ze strany zdravotních pracovníků. Důraz by měl být kladen, kromě edukace, i na přístupy k těmto ženám z psychologického hlediska.

Získáním těchto výsledků byl cíl práce splněn.

Seznam použité literatury

- BAYLE, Benoît. *L'enfant à naître. Identité conceptionnelle et gestation psychique*. ERES, 2005. ISBN 978-2749204871.
- BAYLE, Benoît. *Le déni de grossesse, un trouble de la gestation psychique*. ERES, 2016. ISBN 978-2-7492-5010-6.
- COPY, Andrea. *Mémoire de fin d'études – Le déni de grossesse appréhendé par sages-femmes en 2012, étude qualitative auprès de sage-femmes*. Réalisée entre le 15.7.2012 et le 31.12.2012 au sein du Centre hospitalier et de la PMI du Département du Finistère.
- COSTA, Andreia. *Mémoire de Maîtrise en médecine – Le déni de grossesse: Etude rétrospective au CHUV*. 2014
- GUERNALE-LEVY, Gaëlle. *Je ne suis pas enceinte: Enquête sur le déni de grossesse.*, Numéro d'édition: 03. Éditions Stock, 2007. ISBN 978-2-234-06018-0.
- HÁJEK, Zdeněk. *Rizikové a patologické těhotenství*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0418-8.
- HÁJEK, Zdeněk, ČECH, Evžen a MARŠÁL, Karel. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9.
- JENKINS, A., MILLAR, S., ROBINS, J. *Denial of pregnancy – a literature review and discussion of ethical and legal issues*. J R Soc Med, 2011. pp. 104, 107, 286-291.
- LAROUSSE.
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/d%C3%A9ni/23559?q=deni#23441>
- LEIFER, Gloria. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0668-7.
- MARCE, L-V, *Traité de la folie des femmes enceintes*. 1858
- MARINOPOULOS, Sophie. *De l'impensé à l'impensable en maternité: la grossesse psychique et ses troubles de la représentation*. Jacques Besson éd., Parentalité, vous avez dit "fragile" ERES, 2009, pp. 39-51.
- MARINOPOULOS, Sophie. *Les troubles du lien et de l'accueil: dénis de grossesse, néonaticides, naissances sous X, abandons*. Marie-France Morel éd., Accueillir le nouveau-né, d'hier à aujourd'hui. ERES, 2013, pp. 321-340.

MARINOPOULOS, Sophie, NISAND, Israël. *Elle accouchent et ne sont pas enceintes. Les liens qui libèrent*, 2011. ISBN 978-2-918597-28-5.

MILLER, L.J. *Psychotic denial of pregnancy: phenomenology and clinical management*. Hosp. community Psychiatry, 1990, 41: 1233-7.

PAŘÍZEK, Antonín. *Kniha o těhotenství a dítěti: [český průvodce těhotenstvím, porodem, šestinedělím – až do dvou let dítěte]*. 4. vyd. Praha: Galén, c2009. ISBN 978-80-7262-653-3.

PAŘÍZEK, Antonín a Tomáš HONZÍK. *Kniha o těhotenství, porodu a dítěti*. 5. vydání. Praha: Galén, 2015. ISBN 978-80-7492-213-8.

PIERRONNE, C., DELANNOY, M.-A., FLOREQUIN, C., LIBERT, M., *Le déni de grossesse: A propos de 56 cas observé en Maternité*. 2002.

ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-247-5753-7.

ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1941-2.

RATISLAVOVÁ Kateřina., 2008. Psychologie pozdního šestinedělí. Moderní babictví [online]. Vyd. Praha. 2008 (č. 16) s. 1–4 [cit. 2011-02-27]. ISSN 1214 – 5272. Dostupné z: <http://levret.cz/publikace/casopisy/mb/2008-16/?pdf=6>

SEGUIN, Sarah, BERNARD Golse, et APTER, Gisèle. *Dénis et négations de grossesse: une revue de la littérature*, La psychiatrie de l'enfant, vol. vol. 56, no. 1, 2013, pp. 267-292.

TSCHANNEN, Kelly, MAGALI, Mira, GIACOMINI, Malika et PALMERI, Laura. *Un passager clandestin: la vérité sur le déni de grossesse* Haute École de santé de Genève. Filière nutrition et diététique, en collaboration avec l'Université de Geneve, Faculté de médecine, juin 2013.

WESSEL, J., BUSCHER, U. *Denial of pregnancy: population based study*. BMJ 2002;324:458.

Seznam příloh

Příloha A: Dotazník pro porodní asistentky

Příloha B: Rozdělení definic podle Benoît Bayle