

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ
ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

PROBLEMATIKA OTEHOTNĚNÍ A TĚHOTENSTVÍ PO
EKTOPICKÝCH GRAVIDITÁCH VEVZTAHU KE KVALITĚ
ŽIVOTA

Bakalářská práce

Autor práce: Magdalena Lívancová

Vedoucí práce: Mgr. Eva Vachková

2010

CHARLESUNIVERSITYOFPRAGUE
MEDICALFACULTYOFHRADECKRÁLOVÉ

INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE
DEPARTMENT OF NURSING

THEISSUEOFGETTINGPREGNANTANDPREGNANCYAFTER
ECTOPICPREGNANCIESINRELATIONTOTHEQUALITYOFA
WOMAN´SLIFE

Bachelor´sthesis

Autor:MagdalenaLívancová

Supervisor:Mgr.EvaVachková

2010

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

V Hradci Králové

Magdalena Lívancová

.....

Poděkování:

Mgr. Evě Vachkové za metodické vedení, laskavý přístup, trpělivost, cenné rady a podnětné připomínky při zpracování mé bakalářské práce.

MUDr. Olze Rychvalské za odbornou radu a ochotu.

OBSAH

| | |
|---|-----------|
| ÚVOD | 7 |
| 1 MIMOD ĚLOŽNÍT ĚHOTENSTVÍ | 9 |
| 1.1P ŘÍČINY..... | 9 |
| 1.2L OKALIZACE GEU | 10 |
| 1.2.1Tubárnígravidita | 11 |
| 1.2.2Ovariálnígravidita..... | 11 |
| 1.2.3Cervikálnígravidita | 11 |
| 1.2.4Abdominálnígravidita | 12 |
| 1.2.5Heterotopickágravidita | 12 |
| 1.2.6Ektopickágraviditavjizv ěpocísa řském řezu..... | 13 |
| 1.3K LINICKĚP ŘÍZNAKYAPROJEVYMIMOD ĚLOŽNÍHOT ĚHOTENSTVÍ | 14 |
| 1.4R IZIKOVĚFAKTORY GEU..... | 14 |
| 1.5D IAGNOSTIKA GEU | 15 |
| 1.6L ĚČBA GEU | 16 |
| 2 OŠET ŘOVATELSKÁPĚ ČĚOPACIENTKUSGEU | 18 |
| 2.1P ŘÍPRAVANA AKUTNÍOPERACI | 18 |
| 2.2O ŠETŘOVATELSKÁPĚ ČĚV DOBĚP ŘEDOPERAČNÍ | 18 |
| 2.3B EZPROSTŘEDNÍP ŘÍPRAVADENP ŘEDOPERACÍ | 19 |
| 2.4B EZPROSTŘEDNÍP ŘÍPRAVAV DENOPERACE | 19 |
| 2.5O ŠETŘOVATELSKÁPĚ ČĚV DOBĚINTRAOPERA ČNÍ..... | 20 |
| 2.6O ŠETŘOVATELSKÁPĚ ČĚV DOBĚPOOPERA ČNÍ | 20 |
| 3 ASISTOVANÁ REPRODUKCE | 21 |
| 3.1M ETODYPOUŽÍVANĚP ŘIASISTOVANĚREPRODUKCI | 21 |
| 3.2IVF– INVITROFERTILIZACE | 22 |
| 3.2.1Stimulacevaje čníků..... | 22 |
| 3.2.2Odb ěrvají ček | 23 |
| 3.2.3Oplozenívají ček..... | 23 |
| 3.2.4P řenosembryídod ělohy..... | 24 |
| 3.3K RYOKONZERVACEEMBRYÍ | 24 |
| 3.4R IZIKAASISTOVANĚREPRODUKCE | 24 |
| 3.5P REIMPLANTAČNÍGENETICKÁDIAGNOSTIKA (PGD)..... | 25 |
| 4 KVALITA ŽIVOTA | 26 |
| 4.1P SYCHOLOGICKĚPOJETÍKVALITYŽIVOTA | 26 |
| 4.2M ETODYM ĚŘENÍKVALITYŽIVOTA | 27 |
| 4.2.1Metodym ěřeníkvalityživotadruhouosobou | 27 |
| 4.2.2Subjektivníhodnoceníkvalityživota | 28 |
| 4.2.3Metodysmíšené | 28 |
| 4.3Z MĚNAKVALITYŽIVOTA | 29 |
| 4.3.1Sociálníopora | 29 |
| 5 EMPIRICKÝVÝZKUMI | 31 |
| 5.1C ÍLEVÝZKUMU I | 31 |
| 5.2C HARAKTERISTIKAAORGANIZACEVÝZKUMU I | 31 |

| | |
|---|-----------|
| 5.3P OUŽITÁMETODA | 31 |
| 5.4T ÉMATICKÉKATEGORIE | 32 |
| 5.5P ŘEHLEDHLAVNÍCHKATEGORIÍASUBKATEGORIÍ | 33 |
| 5.6A NALÝZARozhovor Ů | 36 |
| 5.7M ETODA SEIQoL | 48 |
| 5.8D ISKUZE I | 52 |
| 6EMPIRICKÝVÝZKUMII..... | 57 |
| 6.1C ÍLEVÝZKUMU II..... | 57 |
| 6.2M ETODAVÝZKUMU II..... | 57 |
| 6.3V ÝSLEDKYVÝZKUMU II. AJEJICHANALÝZA | 58 |
| 6.3.1Rok2006..... | 58 |
| 6.3.2Rok2007..... | 60 |
| 6.3.3Rok2008..... | 61 |
| 6.3.4Rok2009..... | 63 |
| 6.4D ISKUZE II | 66 |
| ZÁVĚR..... | 71 |
| LITERATURAAPRAMENY..... | 76 |
| SEZNAMTABULEK | 79 |
| SEZNAMGRAF Ů | 80 |
| SEZNAMOBRAZK Ů | 81 |
| SEZNAMP ŘÍLOH..... | 82 |
| PŘÍLOHY | 83 |

ÚVOD

Mateřství a rodičovství je obecně očekávaná součást života člověka. Lidé, kteří se nesetkali s problémy, když se sami rozhodli založit rodinu, si ani neuvědomují, že pro některé páry je frustrace nenaplněné touhy mít děti těžkým břemenem a příčinou dlouhodobého stresu. Smířit se s faktem nemít své děti a přijmout ho, znamená pro mnoho párů stresující životní okolnost, která vyvolává sérii psychosociálních reakcí. Problém neplodnosti je stále diskutovanější téma a alarmující je výskyt snižující se fertility současně populace. Výskyt ektopických gravidit lze spatřovat zejména ve zvýšeném výskytu PID (pánevní infekční onemocnění), vrozených vad reprodukčního systému, vsouvislosti s metodami asistované reprodukce a v poslední řadě také negativní vliv bezdětnosti.

V případě opakované ektopické gravidity je pár postaven před otázkou, co dál. Opakovaná zklamání mohou vést k depresivním symptomům, k pocitům viny. Ženy mohou pochybovat o své ženskosti, nabývají pocitu zklamání partnera.

Tento stav má velký psychosociální a psychosomatický dopad na kvalitu života jak ženy samotné, tak i partnera a celého okolí.

Opakované reprodukční neúspěchy přivádí pár k rozhodnutí řešení jejich situace. Léčba pomocí metod asistované reprodukce představuje možnost, ke které se páry upínají. Moderní management péče o neplodné páry využívá mezioborové týmy. Jedná se o spolupráci gynekologů, embryologů, genetiků, imunologů, andrologů a psychologů.

Těhotenství po metodách asistované reprodukce pro člověka přináší i změnu v jeho osobním a rodinném životě a také omezení dosavadních aktivit ženy. Léčba metodami asistované reprodukce sebou nese značnou psychickou zátěž, která se může projevit v mnoha oblastech a hlediscích životní spokojenosti a tím celkově ovlivnit kvalitu života.

Cílem teoretické části je popsat problematiku mimoděložního těhotenství, objasnit příčiny a lokalizace ektopické gravidity, uvést rizikové faktory, diagnostiku a způsoby léčby mimoděložního těhotenství. Dalším cílem je stručně charakterizovat metody asistované reprodukce a uvést způsoby ošetrovatelské péče o pacientku s GEU- v době předoperační, intraoperační a pooperační. Dalším úkolem je charakterizovat pojem kvality života, metody jejího řešení a změny kvality života, ke kterým přiběhují a dále do budoucna.

První část empirické části bakalářské práce si klade za cíl popsat a hodnotit kvalitu života pacientky po ektopických graviditách následným řešením dalšího těhotenství způsobem in

vitrofertilizace. Chtěly bych zaznamenat a popsat zlomové situace ovlivňující kvalitu a míru odolnosti ženy při opakovaných mimoděložních těhotenstvích a volbu IVF jako řešení opakované neúspěšné gravidity.

Cílem druhé části empirické části bakalářské práce je na základě analýzy dat ve zdravotnické dokumentaci za poslední čtyři roky vypracovat statistický přehled výskytu, příčin a řešení GEU na gynekologicko – porodnickém oddělení Městské nemocnice v Litoměřicích.

1 MIMOD ĚLOŽNÍ T ĚHOTENSTVÍ

Mimod ěložní t ěhotenství, také graviditas extrauterina (dále jen GEU) nebo p řesněji ektopická gravidita, pat ří mezi nej častější gynekologické náhlé p říhody b říšní. GEU je stav, kdy knidaci plodového vejce dochází mimo sliznici dutiny d ěložní. V posledních letech její incidenc stoupá. K tomu stav u dochází v 0,5–1% všech gravidit (Smažinka, 2006).

1.1 P říčiny

- ✓ Hypoplazie vejcovod ů, dlouhý tenký vejcovod s sníženou peristaltikou.
- ✓ Stav y po zán ětech vejcovod ů. Vztah mezi sexuáln ě p řenosnými nemocemi a výskytem mimod ěložního t ěhotenství je již dlouho p ředpokládán. Sexuáln ě p řenosné nemoci jsou proto považovány za závažný rizikový faktor pro vznik GEU. V poslední dob ě vystupuje do pop ředí zvlášt ě infekce Chlamydia trachomatis, jejíž séropozitivita byla prokázána u 43% GEU. Rovněž tak sexuáln ě p řenosná nemoc sexuálního partnera je považována za rizikový faktor.
- ✓ Stav y po operacích navejcovodech.
- ✓ Endometrióza, p ředevším p řilokalizace vejcovodu.
- ✓ Zavedení nitrod ěložní ělísko (IUD).
- ✓ Souvislost s metodami asistované reprodukce (Čech, 1999).

P říčiny zvyšování incidence extrauterinních gravidit lze spat řovat nejspíše v častějším výskytu gynekologických zán ětů. Negativní vliv v tomto sm ěru má i lé čba antibiotiky, která dokáže zvládnout infekci, ale ne vždy zabrání parci ální obstrukci tuby. Vznikne tak mechanická p řekážka pro oplozené vejce, které musí nidovat v míst ět retence. Významná je účast nitrod ěložní antikoncepce, která je sama rizikovým faktorem pro zán ět. P ři nesprávn ě užívané hormonální antikoncepci se zvyšuje pravd ěpodobnost vzniku GEU, zejména v p řípád ě hormonální antikoncepce obsahující pouze progester on (Citterbart, 2001).

1.2 Lokalizace GEU

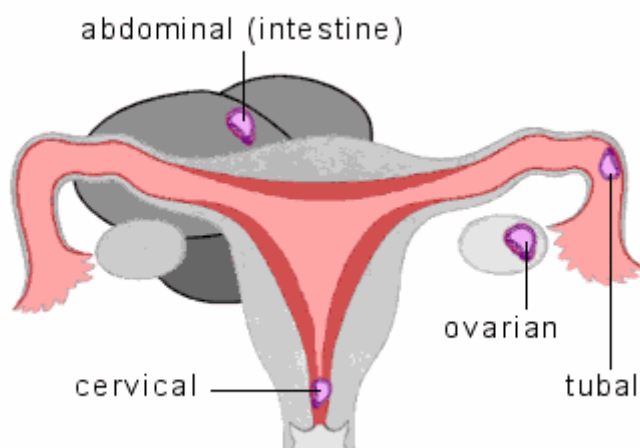
Nejčastěji se plodové vejce usazuje ve vejcovodu (graviditas tubaria), méně často na vaječníku (graviditas ovarica), v Douglasově prostoru, výjimečně jinde na orgánech dutiny břišní (graviditas abdominalis).

Plodové vejce se chová velmi agresivně. V místě nidace prorůstá do stěny orgánu, aby si zajistilo cévní zásobení. Tím narušuje a otevírá cévy, což může vyústit v prudké a rozsáhlé krvácení. K tomu je vudochází při prasknutí vejcovodu následkem rostoucího GEU.

Proto je mimo děložní hmotnosti vždy závažným rizikovým stavem, kterým může vyústit v typickou náhlou příhodou říší spřízně hemoperitonea a rozvíjejícího se hemoragického šoku, kterým může být smrtelný (Čech, 1999).

Tab. 1 Lokalizace ectopické nidace podle četnosti výskytu (Citterbart, 2001)

| | | | |
|-------------|------|------------------------|-----|
| tubární | 97% | ampulární | 55% |
| | | isthmická | 25% |
| | | fimbriální | 17% |
| uterinní | 2,0% | intersticiální (vrohu) | |
| | 0,1% | rudimentární (vrohu) | |
| | 0,1% | cervikální | |
| ovariální | 0,5% | | |
| abdominální | 0,3% | | |

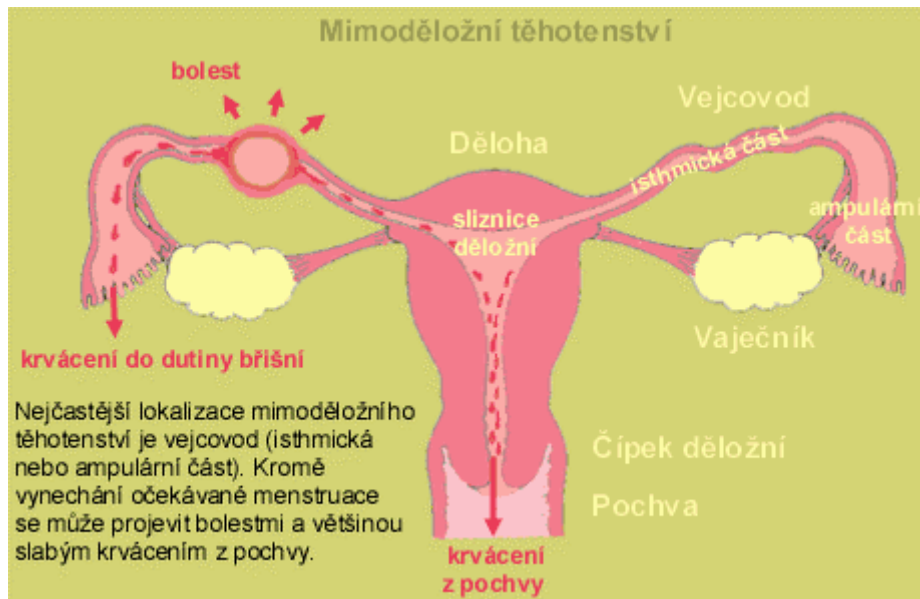


Obr. 1 Lokalizace GEU (zdroj: <http://www2.hu-berlin/sexology/E TC2/html/ectopic>)

1.2.1 Tubární gravidita

Tubární graviditám ůzemítrojíosud:

- ✓ Rostoucí neporušená tubární gravidita vzácn ěp řetrvádéle než 8týdn ů, v ětšinou přecházívn ěkterouzdalšíchforem.
- ✓ Tubárníabort(ěastomezi6.–8.týdnem).
- ✓ Rupturatubárnínebointersticiálnígravidity(Smaž ěnka,2006).



Obr.2Tubárnígravidita(zdroj:<http://gyn.cz/tree.php?up=235>)

1.2.2Ovariálnígravidita

Oplozené vají ěko se m ůže usídlit p římou ve folikulu nebo na povrchu vaje ěníku. Pro nedostateěnou vŷživu na povrchu ovaria t ěhotenství d říve odumírám a dostavuje se krvácení p ředevšímdoDouglasovaprostoru.

1.2.3Cervikálnígravidita

Nejedná se vlastn ě o mimod ěložní t ěhotenství, ale oplozené vají ěko se implantuje do cervikální sliznice, choriové klky jsou umíst ěny vendocervixu a pror ůstajím do svaloviny děložního hrdla. Plodové vejce nezasahuje do d ěložní dutiny. Podmínky pro další r ůst plodovéhovejcejsounep říznyvé.T ěhotenstvítětolokalizacin ěkdyp řekroěstám ří12týdn ů,

ale nej častěji končí jako potrat krvácením ohrožující život. Léčba cervikální gravidity je operační, těhotenství je nutno ukončit. Dojde-li ke zvládnutelnému krvácení, je tento stav indikací hysterektomie životní indikace.

1.2.4 Abdominální gravidita

Břišní gravidita vzniká vzácně, pokud setěhotenství primárně usídlná peritoneu v dutině břišní, na omentu nebo sekundárně po tubárním potratu či ruptu řetuby. Většinou těhotenství odumírá avstřebá se. Jen v ojedinělých případech plod přežívá a to tehdy, jestliže je placenta umístěna tak, že dodává plodu dostatek živin. Může však pro nedostatek živin odumřít a mumifikovat. Jindy se do plodu ukládají vápenaté soli a vzniká zkamenělý plod. Plodové vejce může být také infikováno a vytvoří absces. Ve vzácných případech se plod vyvíjí v plodových obalech volně v dutině břišní a doroste do velikosti donošeného plodu. Nejvyšší incidence donošeného abdominálního těhotenství se týká rozvojových zemí (Čech, 1999). Přestože je možné abdominální graviditu donosit, při zjištění této diagnózy setěhotenství ukončuje.

1.2.5 Heterotopická gravidita

Heterotopická gravidita je definována jako současný výskyt intrauterinního a extrauterinního těhotenství. V literatuře byly popsány rozličné lokalizace: bilaterální tubární výskyt, abdominální a intrauterinní gravidita, intrauterinní gravidita a tubární, kornuální, ovariální a cervikální gravidita, také dvojčetná tubární gravidita a intrauterinní gravidita.

Incidence heterotopické gravidity závisí na incidenci ektopické gravidity v dané populaci a na počtu vícečetných gravidit jak po spontánní koncepci, tak po použití metod asistované reprodukce.

Přibližně 70% heterotopických gravidit je diagnostikováno mezi 5. a 8. týdnem, 20% mezi 9. a 10. týdnem a 10% po 11. týdnu gestace. Diagnostika je založena především na ultrazvukovém vyšetření. Ve více jak 50% případů je diagnóza stanovena až při laparoskopii, ev. laparotomii. Intrauterinní gravidita je většinou známa a ektopická gravidita je překvapením operační intervence.

Heterotopická gravidita je v přirozeném cyklu raritní diagnózou. Při použití metod asistované reprodukce však její incidence vzrůstá až na 1:100. Prevencí vzniku GEU je léčba poševních infekcí a operativní odstranění saktosalpingů před plánovaným IVF cyklem (in vitro fertilizace) (Hanáčková, 2007).

V Centru asistované reprodukce CAR 01 byl sledován výskyt četnosti extrauterinní a heterotopické gravidity. Při hodnocení incidence ektopické gravidity pomocí metody asistované reprodukce ve sledovaném období kolísala. Byla prokázána vyšší prevalence heterotopické gravidity u těhotenství po IVF a ET v rámci léčby infertility ve srovnání s jejich výskytem u spontánních těhotenství (Kučerová, 2007).

1.2.6 Ektopická gravidita v jizvě po císařském řezu

Těhotenství v jizvě po předchozím císařském řezu bývalo kdysi zcela raritní, ale snárůst tempo četnosti císařských řezů sestává z běžnější. Je-li při ultrazvukovém vyšetření gestační váček patrný v dolním děložním segmentu, je třeba věnovat pozornost jizvě po předchozím císařském řezu.

Těhotenství v jizvě po císařském řezu může také vypadat jako cervikální gravidita, probíhající potrat nebo cervikoistmická gravidita. Závažné podezření na těhotenství v jizvě budí prázdný cervikální kanál, prázdná děložní dutina a nemožnost pohybovat gestačním váčkem při jemném tlaku vaginální sondou.

Přesná příčina těhotenství v jizvě není známa, ale podle jedné teorie umožňuje implantace zárodku mikroskopická dehiscence jizvy po císařském řezu.

Metodou volby v časném stádiu těhotenství je methotrexát, není-li kontraindikace této léčby. Odstranění těhotenství kytetáží se bouleserizikóvým významným krvácením. Chirurgické možnosti zahrnují excizi jizvy a těhotenství nebo provedení hysterektomie při neztížitelném krvácení (Stiller, 2005).

1.3 Klinické příznaky projevu mimoděložního těhotenství

Příznaky se mohou lišit jednak podle místa nidace, ale také podle vitality plodového vejce. Jedná-li se o neporušenou tubární graviditu, nemusí být po čátku žádné varovné příznaky až do doby, kdy se těhotenství zvětšuje, a tím dochází ke ztenčování a šíření vejcovodu. Tomu může pacientka pociťovat jako tupou bolest v podbřišku. Je jen otázkou času, kdy toto těhotenství končí tubárním potratem. Těhotenství odumírá a je peristaltickými pohyby vejcovodu vypuzeno do pánevní dutiny. Peristaltiku pacientka vnímá jako křečovitě bolestivou v podbřišku na postižené straně. Klesá produkce hCG (lidský choriový gonadotropin), končí i činnost žlutého tělíska a ze spádu hladin estrogenů a progesteronu se odlučuje decidua z dutiny děložní a pacientka má hnědavý poševní výtok nebo krvácívavou krvistěnou s přítomností zbytků sliznice. Mezi další subjektivní příznaky, které se mohou vyskytnout, patří vynechání menstruace, nevolnost, zvracení, zduření prsou a také bolest v konečniku. Někdy se může objevit tzv. frenikový příznak, jako projev hemoperitonea, s propagací bolesti do pravého ramene. U velmištlých žen může být patrný tzv. Cullenův příznak, kdy nacházíme modravé zbarvení kůže v oblasti pupkové jamky nebo v herniích, při hemoperitoneu. V souvislosti s hemoperitoneem se rozvíjí hemorrhagický šok. Břicho je palpčně bolestivé, se známkami peritoneálního dráždění. Také bývá přítomno vyklenutí a bolestivost zadní klenby poševní způsobené hemoperitoneem. U pacientky můžeme zaregistrovat nápadnou bledost obličejů, rtů a spojivek, chladnou opocenou kůži, dušnost, tachykardii, hypotenzi a příznaky oběhového selhání.

1.4 Rizikové faktory GEU

- ✓ Tubární : zánětlivé procesy vnitřních ženských pohlavních orgánů (dělohy, vejcovodů, vaječníků), endometrióza, tubární chirurgie, sterilizace, předchozí GEU, zavedené nitroděložní tělísko v případě selhání, infertilita a s ní spojené vyšetřovací metody a terapie (asistovaná reprodukce, indukce ovulace), promiskuita, pánevní břišní chirurgie, kouření cigaret (možnost ovlivnění imunitních procesů s predispozicí k PID - Pelvic Inflammatory Disease - pánevní zánětlivá nemoc).
- ✓ Extratubární:
 - abdominální gravidita – anamnéza pánevních infekcí, předchozí GEU, endometrióza, infertilita

- ovariální gravidita – anamnéza pánevní infekce, častější u žen s nitroděložním tělískem
- cervikální gravidita - anamnéza instrumentálního zákroku v oblasti hrdla děložního (kyretáž), možná vrození vývojové vady dělohy
- kornuální (intersticiální) gravidita (Smažinka, 2007)

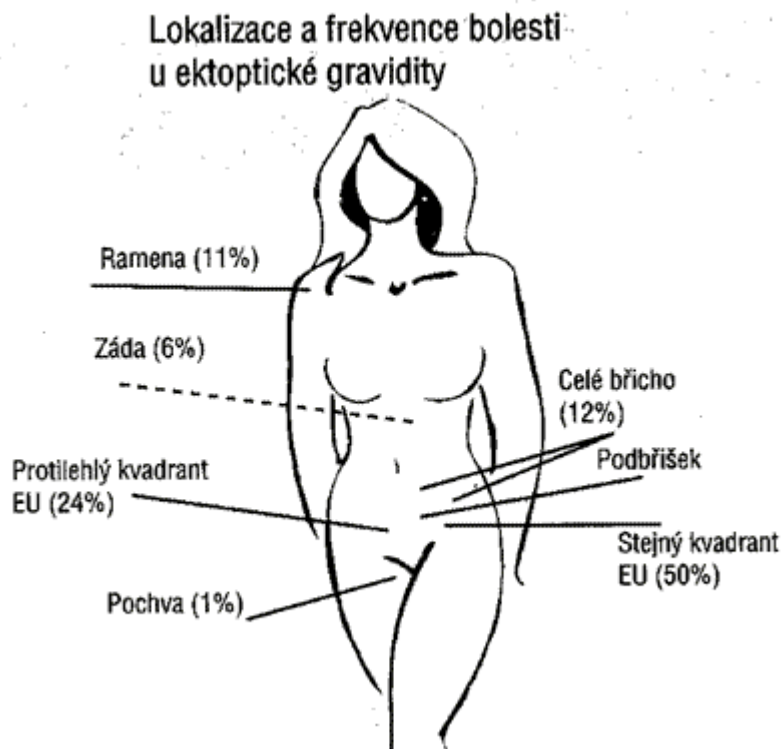
1.5 Diagnostika GEU

Při vyslovení podezření na mimoděložní těhotenství je důležité posoudit anamnestické údaje současně s gynekologickým vyšetřením, ultrazvukovým vyšetřením malé pánve a provedením těhotenského testu.

V anamnéze je důležité termín poslední menstruace, dotazujeme se na její pravidelnost, eventuální změnu vsíle či její vynechání nebo opoždění a těhotenské příznaky. Užívá-li pacientka perorální antikoncepci, pátráme společně s ní po pravidelném užívání. Ptáme se na prodělané infekce genitálu, případné operace v oblasti dělohy a přívěsků.

Při gynekologickém vyšetření pacientka udává bolestivost v podbřiších a obvykle je přítomno špinění. Při pokročilém nálezů je břicho vzdušné, citlivé a jsou přítomny známky peritoneálního podráždění. Vaginálně je děloha palpovatelná, prosáklá, v místě adnex je postižená strana špatně pohmatově bolestivá a rezistentní. Při přítomnosti krve v dutině břišní se vyklenuje zadní kloub a šev v Douglasově prostoru a tato oblast je bolestivá.

Diagnostiku těhotenství lze vyšetřit orientačním gravitestem z moče. Pro diagnostiku GEU a diferenciální diagnostiku je přesnější stanovení hCG v krevním séru RIA metodou kvantitativně. Hodnoty hCG bývají při extrauterinní graviditě nižší, než by odpovídalo stáří intrauterinní gravidity. Ultrazvukové vyšetření potvrdí existenci plodového vejce mimo dutinu děložní, případně volnou tekutinu v dutině břišní. Laparoskopickým vyšetřením se zjistí přesná lokalizace GEU, stav druhého vejcovodu a přítomnost hemoperitonea.



Obr.3 Lokalizace bolesti u ektoptické gravidity (zdroj: http://www.hanaková-gynekologie.wz.cz/9_11.html)

1.6 Léčba GEU

Prokázánémimoděložním těhotenstvím je nutná v závislosti na lokalizaci ošetření, nebo tímto způsobem příčinou prudkého nitroabdominálního krvácení. Je-li těhotenství uloženo v tubě, provádí se nejčastěji salpingektomie, při lokalizaci v ovariu je situace řešena ovariectomií. Při výskytu gravidity v rohu děložního se provádí jeho resekce, následuje instrumentální vyčištění kyretou seventuální resekci podélně a nakonec se raná plocha rohu děložního ošetří jeho suturou. V současné době moderní medicína umožňuje provádět tyto operace laparoskopickým přístupem. Rozsah výkonů je dán lokalizací gravidity a mírou destrukce okolních orgánů s přihlednutím na stav druhého vejcovodu a maximální náhodu zachování fertility.

Za radikální postup při léčbě GEU je považována salpingektomie, zejména při větším poškození vejcovodu rupturou nebo zjevnou nefunkčností z důvodu pozánětlivého procesu stvoření a případně endometriózy.

Jednou z možností léčby je nechirurgická terapie mimoděložního těhotenství. Aplikace prostaglandinu či metotrexátu do plodového vejce u malé, neporušené GEU způsobí odloučení, odumření a následně resorpci gravidity. Výkon se provádí pod laparoskopickou kontrolou (Čech, 1999).

Úspěšnost této metody však není 100% a navíc je tento postup vhodný jen pro velmi časná onemocnění. Celkové podávání cytostatik je ve stadiu experimentu a není u nás legislativně povoleno (Citterbart, 2001).

Více se použití metotrexátu v léčbě mimoděložního těhotenství využívá v zahraničí. Metotrexát není vhodný pro všechny ženy. Pracoviště, která tuto službu nabízejí mají vypracované přesné postupy pro stanovení léčby metotrexátem. Před podáním je nutné provést několik vyšetření (krev na krevní skupinu, krevní obraz, ureu, elektrolyty a jaterní testy) a rovněž je nutné provést screeningové vyšetření na Chlamydia trachomatis. V den podání metotrexátu je nutné u pacientky zjistit hmotnost, ultrazvukové vyšetření a také je potřeba pacientku zvážit a změřit její výšku, protože dávka se vypočítává podle velikosti povrchu těla (50 mg/m^2). Pacientka musí podepsat informovaný souhlas. Metotrexát je podán formou injekce do svalů, jde o cytotoxickou látku, a proto by měl být během jeho podávání dodržována odpovídající opatření. Účinnost terapie je sledována pomocí měření hladiny hCG. Metotrexát má také vedlejší účinky. Až 75% pacientek pociťuje bolest, mezi další projevy patří žaludeční nevolnost, stomatitida, konjunktivitida, dermatitida, pleuritida, zvýšení jaterních testů a útlum kostní dřeně (Scott, 2006).

2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE OPACIENTKY S GEU

Je-li GEU diagnostikována zavazující čas, zatím bez silnějšího krvácení, je předoperační příprava stejná, jako před každou jinou operací.

Při akutním stavu, kdy hrozí nebo sero-zvíjí hemorhagický šok, je velmi důležitá rychlost zásahu. Je nutné operovat okamžitě, s nezbytným zahájením protišokové léčby (infuze, plazma, transfuze), za neustálého monitorování krevního tlaku, pulzu, vnitřního prostředí a parametrů hemokoagulace.

Operační péče je obdobná jako po jiných laparoskopických či laparotomických operacích s důrazem na hrazení případných větších krevních ztrát a prevenci hemoragického šoku (Čech, 1999).

2.1 Příprava na akutní operaci

V většině případů GEU jde o akutní stav a je rozhodující čas. Všechny vyšetření a odběry krve jsou prováděny statim. Je potřeba zajistit podepsaný souhlas pacientky s výkonem a léčbou. Pacientka je oholena, zaveden katétr do močového měchýře, provedena hygiena dle stavu pacientky, zajistí se odložení šperků, hodinek, brýlí, zubní protézky atd. Provádí se monitoring fyziologických funkcí a současně je zajištěna periferní žíla. S dokumentací se pacientka urychleně převáží na operační sál, kde je předána do péče předem svolaného operačního týmu.

2.2 Ošetřovatelská péče v období předoperační

Hlavním cílem předoperačního období je připravit pacientku po stránce fyzické i psychické na operaci. Součástí předoperační péče je gynekologické vyšetření, kterému předchází důkladná anamnéza, která může poskytnout důležité údaje pro diferenciální diagnostiku. Po gynekologickém vyšetření následuje vyšetření ultrasonografické, biochemické, hematologické a sérologické vyšetření krve, chemické vyšetření moče. Před operací je nutné také komplexní interní vyšetření. Pacientce jsou změřeny základní fyziologické funkce – krevní tlak, puls, tělesná teplota, hodnoty jsou zaznamenány do dokumentace. Lékař podává pacientce informace o způsobu vedení operačního výkonu a poučívá

možných eventuálních komplikacích. Pacientka následně podepisuje souhlas s operačním výkonem. Formulář jsou částí zdravotnické dokumentace.

2.3 Bezprostřední příprava před operací

Pokud stav snese odkladu, je v den před operací nutné znovu pacientce vysvětlit problematiku operačního výkonu, vhodnou komunikací zmírňovat obavy z výkonu, informovat, kdo bude výkon provádět a přibližný čas operace, dle operačního programu. Důležité je pacientce vysvětlit, co bude následovat po operaci – první vstávání s sestrou, dopomoc na WC a do sprchy, dietní opatření v prvních dnech po operaci, zmínit možnost podání analgetik při bolestech, předvést nácvik dechové gymnastiky, cvičení a polohování jako prevenci tromboembolické nemoci. Znovu se kontrolují údaje o alergiích a pacientce se vysvětlí průběh následující přípravy. Je nutno připravit operační pole, tzn. pacientka bude oholena v oblasti zevního genitálu, případně také chloupky na břiše. V poledne dostane pacientka poslední stravu ve formě bujónu, pít může čaj, od 22. hodiny nic per os, nepít, nekouřit. Večer bude podáno očistné klyzma a na noc jsou pacientkám ordinována sešata. Současně je nutné zajistit celkovou hygienu, ostříhat a odlakovat nehty, odstranit líčidla. Večer před operací probíhá také anesteziologická vizita, při které lékař pacientce naordinuje premedikaci, případně prepremedikaci. Anesteziolog vysvětlí pacientce způsob podání anestézie před operačním výkonem a podá informace o následujícím pobytu na dospávacím pokoji, případně JIP před návratem zpět na oddělení. Seznámí pacientku s vedlejšími účinky a riziky anestézie, pacientka svým podpisem dává souhlas s jejím provedením. Formulář je opět součástí zdravotnické dokumentace.

2.4 Bezprostřední příprava před operací

V rámci prevence tromboembolické nemoci je nutné ráno předtím, než pacientka vstane z lůžka, navléknout elastické punčochy nebo provést bandáž, dle ordinace lékaře. Pacientka provede osobní hygienu, vymočí se, případně se pacientce zavede Foleyův katétr, je-li tak ordinováno. Sestra zajistí, aby pacientka odložila šperky, byla odličena, nejedla, nepila, odložila případně zubní protézu, neměla v ústech žvýkačku a byla převlečena do ústavního prádla (košile se zavazováním na tkanice). Sestra zajistí uložení cenností pacientky do trezoru. Podle instrukcí z operačního sálu aplikuje sestra 30 minut před operačním výkonem anesteziologem ordinovanou premedikaci. Premedikace sleduje snížení salivace, lepší úvod

do anestézie celkově zklidnění pacientky. Po podání premedikace je pacientka převedena na operační sál, kde probíhá další fáze předoperačních příprav.

2.5 Ošetřovatelská péče v době intraoperační

Po převozu na operační sál pacientku přebírá do péče anesteziolog a anesteziologická sestra. Pacientka je položena ze svého lůžka na operační stůl, kde je následně napolohována do příslušné gynekologické polohy. Nastehenní část dolní končetiny je připevněna neutrální elektrodou, která chrání pacientku při používání elektrokoagulace před poškozením. Následuje úvod do anestézie s současnou dezinfekční přípravou operačního pole. Poté instrumentátika obléká operační skupinu s asistencí obíhající sestry. Pozarouškovaní pacientky jednorázovým rouškovacím materiálem, přípravě nezbytných pomůcek a přístrojů za činá operačního výkonu. Během operace obíhací sestra vyplňuje sálovou dokumentaci, kde zaznamenává spotřebu použitého materiálu (šicí materiál, cévky, Redonovy drény, jiné drény, léky), včetně zaznamenávání přístrojů s jejich přesným číselným označením, aplikaci medikamentů a také počet použitých břišních roušek. Vše potvrzuje svým podpisem a průvodní list operace vkládá poukončení operace do lékařské dokumentace.

2.6 Ošetřovatelská péče v době pooperační

Po operaci je pacientka dle zdravotního stavu umístěna na tzv. dospávací pokoj, kde zůstává zhruba dvě hodiny nebo je převedena na jednotku intenzivní péče. Pooperační fáze začíná probuzením z anestézie, kdy se funkce celého organismu navrací k výchozímu stavu. Je monitorován celkový stav pacientky, fyziologické funkce, stav operační rány, invazivní vstupy, příjem – výdej tekutin, množství a charakter moči, odvádění Redonova drénu. Pacientce podáváme léky, infuzní roztoky, trasfúzní preparáty, léky proti bolesti a další terapie dle rozpisu ordinace lékaře v dokumentaci. Nedílnou součástí ošetřovatelské péče je sledování psychického stavu pacientky, také poskytnutí pohodlí a bezpečnosti.

3 ASISTOVANÁ REPRODUKCE

Asistovanou reprodukcí označujeme všechny léčebné postupy a techniky, při kterých se manipulujeme s gametami – oocyty a spermii.

První zmínky o úspěšném umělém oplození datují v roce 1799, kdy John Hunter umožnil šlechtě, že jeho manželka se stala těhotná, vpravil semenostřikačkou do pochvy ženy.

Intrauterinní inseminaci (zavedení spermií přes vnitřní branku hrdla děložního) poprvé dobře popsal Marion Sims v roce 1866 ve své příručce děložní chirurgie.

Největší pozornost vzbudila fertilizace lidského oocyta in vitro a transfer embrya do dělohy (IVF-ET). Louise Brown, první dítě po čatém oplození metodou IVF-ET, se narodila v roce 1978 v Oldhamu v Anglii.

Po IVF-ET byly postupně vyvinuty další techniky, dnes nazývané asistovaná reprodukce.

3.1 Metody používané při asistované reprodukci

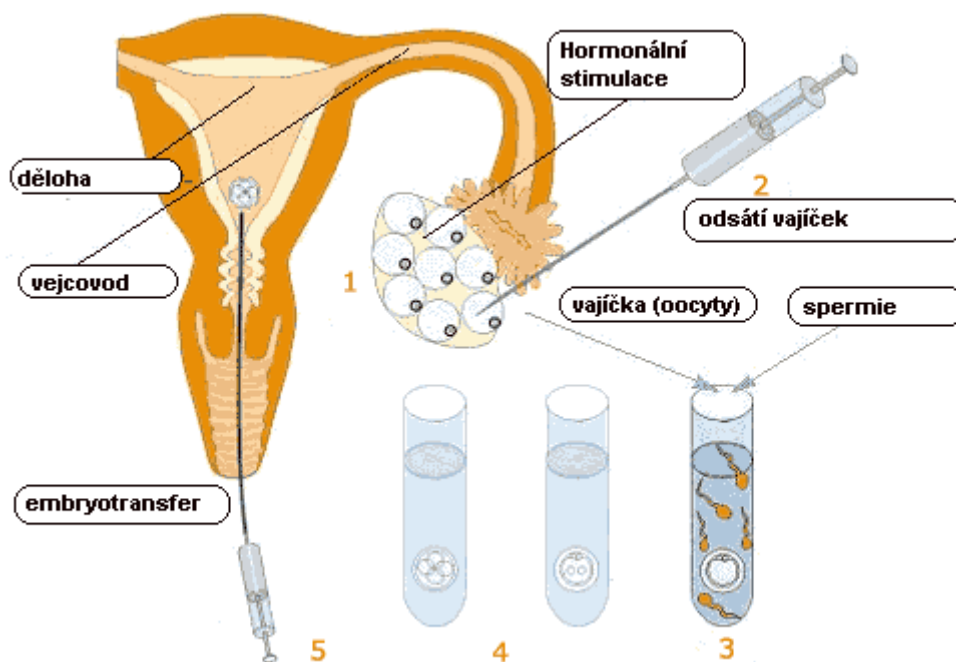
V současnosti se metodě IVF-ET velmi úspěšně používají tzv. mikromanipulační techniky:

- ✓ ICSI – intracytoplazmatická injekce spermie. Jde o výkon, při kterém je pod mikroskopem vždy jedna spermie zavedena tenkou jehličkou přes zónu pellucida do oocyta.
- ✓ AH – asistovaný hatching. Princip techniky spočívá v šetrném narušení obalu embrya mechanicky mikropipetou nebo i jiným způsobem, například laserem. Tímto se usnadní jehlovoulnění zóny před nidací do endometria.
- ✓ KET – kryoembryo transfer. Zatímco spermie lze zmrazit a skladovat léta, než je znovu použito, suchování vajíček je více problémem. Po odběru vajíček a jejich následném umělém oplodnění se obvykle získá větší počet embryí, než je potřeba pro přenesení do dělohy v čerstvém stavu. Přebytná embrya se zamrazí a skladují do doby, kdy jsou upotřebena, například v případě nezdaru v předchozím IVF cyklu nebo pokud se žena rozhodne pro další dítě po několika letech. Pro ženu je výhodou, že nepotřebuje opakovanou hormonální stimulaci a další odběr vajíček.
- ✓ MESA – mikrocirurgická aspirace spermií z varle přes speciální punkční jehlu.
- ✓ TESE – odběr spermií z varle pomocí azoospermii. Z malých incizí na varle se extrahují semena tvorné kanálky, které se připravují pod mikroskopem a hledají se spermie.

3.2 IVF – invitrofertilizace

Vlastní IVF-ET lze rozdělit do čtyř kroků:

- ✓ stimulace vaječnic
- ✓ odběr vajec – ovum pickup (OPU)
- ✓ oplození vajec – fertilizace
- ✓ přenos embryí do dělohy



Obr.4 IVF a ET (zdroj: <http://www.ivf-motol.cz/ivf.aspx>)

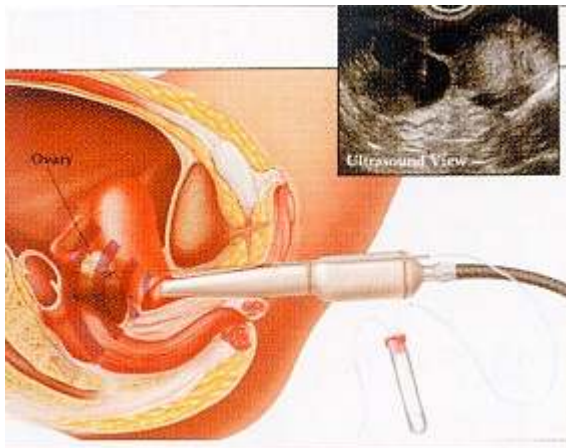
3.2.1 Stimulace vaječnic

Před hormonální přípravou musí lékař zvolit léčebné schéma, tzv. stimulační protokol, typ gonadotropinu a určit jejich dávky. Protokoly lze rozdělit na antagonisty gonadotropin releasing hormonů a agonisty gonadotropin releasing hormonů. Protokoly s agonisty GnRH se dále dělí na krátký a dlouhý. Stimulační protokoly se zahajují v folikulární nebo luteální fázi menstruačního cyklu. Při volbě protokolu se zohledňuje věk pacientky, riziko ovariálního hyperstimulačního syndromu a reakce pacientky v cyklech předchozích. Gonadotropiny se mohou použít buď starší, levnější, tzv. menopauzální – vyráběné z moči žen po přechodu, které mají zdravotní pojištění v celém rozsahu. Tyto preparáty se aplikují intramuskulárně.

Nebo semohou použít nové preparáty, vyráběné laboratorně, vysoce čištěné, které se aplikují pomocí speciálního pera nebo podkožně. Kontrola ovulace se řídí podáním injekčního choriového gonadotropinu (hCG). K ovulaci dochází přibližně do 40 hodin po aplikaci hCG.

3.2.2 Odběr vajíček

Obvykle 34–36 hodin po aplikaci injekce hCG, těsně před tím, než dojde k ovulaci, se vajíčka odebírají. Výkon se provádí transvaginální punkcí pod ultrazvukovou kontrolou v krátkodobé narkóze. Embryolog v laboratoři po kontrole pod mikroskopem potvrdí přítomnost vajíčka v odebrané folikulární tekutině. Po výkonu, který trvá 15–30 minut, pacientka zůstává přibližně dvě hodiny v klidu pod lékařskou kontrolou, pak může odejít s doprovodem. Pacientky mají mírné špinění – povrchově lehkou bolest v podbřišku. V den odběru vajíček je nutná získať vzorek spermií partnera.



Obr. 5 Odběr vajíček (zdroj: <http://www.ivf-motol.cz/ivf.aspx>)

3.2.3 Oplození vajíček

Oocyty jsou po odběru kultivovány v kultivačním boxu v 5% CO_2 ve vzduchu při 37 °C. Poté se p řenesou do kultivačního média a jsou k nim přidány spermie, které jsou před tím také připravovány centrifugací a rovněž kultivovány v médiu obvykle 6 hodin. Počet oplozených vajíček se hodnotí druhý den podle počtu prvojadér. Prodloužená kultivace je metoda

zvyšující šanci na úspěšné uhnízdění, při kterém se embrya kultivují do stádia blastocysty (cca 5 dní) a poté embryologům číjetanejkvalitnější pro provedení embryotransferu.

3.2.4 Přenos embryí do dělohy

Přenos embryí do dělohy – embryotransfer, se obvykle provádí za 48 – 120 hodin po odběru vajíček. Přenáší se jedno nebo dvě embrya pomocí jemného katétru, který se zavede přes vnější branku hrdla do děložní dutiny.

Úspěšnost transferu závisí na kvalitě a počtu transferovaných embryí, technice transferu a stavu endometria v době transferu (Řezáčová, 2005).

3.3 Kryokonzervace embryí

Všechna kvalitní nadpočetná embrya lze zamrazit tekutým dusíkem při teplotě minus 196°C. Celý proces je počítačově monitorován. Některá embrya zamražení a rozmražení nepřežijí a takových bývá okolo 30%.

Úspěšnost kryoembryotransferu bývá o něco nižší, než u přenosu čerstvých embryí.

3.4 Rizika asistované reprodukce

- ✓ Vícečetné těhotenství – geminiseposponánním početí vyskytují přibližně 1:80, po asistované reprodukci 1:4. Riziko mnohočetného těhotenství stoupá s počtem transferovaných embryí. Řešením je redukce počtu plodů v děloze intraamniální aplikací hypertonického KCl. Provádí se až po 10. týdnu gravidity, nebo tímto riziko spontánního odumření některého z plodů je v tomto období již velmi malé. Výkon je eticky problematický a spojuje 5–10% riziko smrti všech plodů (Cibula, 2002).
- ✓ Ovariální hyperstimulační syndrom (OHSS) – je komplikace spojená s kontrolovanou ovariální hyperstimulací gonadotropiny. Pravděpodobnost OHSS hrozí při výskytu více jak 25 folikulů navazajících. Hyperstimulační syndrom se projevuje zvětšením vaječníků, jejich bolestivostí a zvětšením břicha. Dochází k akutnímu porušení permeability kapilár, při které uniká tekutina z intravaskulárního do extravaskulárního prostoru. Dutina břišní je vyplněná výpotkem, ženskému tělu se může stát těžce snesitelnou.

pocit na zvracení nebo i zvracet. Takovéto projevy bývají u 3–5% žen, většinou se OHSS projevuje ve svém mírnější formě – jak o citlivost v podbřišku. Diagnostika se stanovuje odebráním hormonu estradiolu, kterou potvrzuje hodnota více jak 2000 j. společně s vyšetřením koagulogramu a kontrolou ultrazvukem. Léčba je především podpůrná, podávají se infuze tekutin a bílkovin, léky proti bolesti. V případě potřeby také léky na ředění krve (Fraxiparin, Heparin) vzhledem k hrozícímu DIC.

- ✓ Mimoděložní těhotenství nebo heterotopické těhotenství – nastává po léčbě neplodnosti častěji, než v normální populaci. Po embryotransferu několik embryí může dojít k nidaci jednoho embrya v děloze, dalšího v tubě. Při průkazu nitroděložní gravidity je proto nutné myslet i na tuto komplikaci. Léčbou GEU je většinou laparoskopická salpingektomie. V případě současně intrauterinní gravidity je snaha vyčkat, protože většina ektopických těhotenství spontánně zaniká (Cibula, 2002).

3.5 Preimplantační genetická diagnostika (PGD)

U vybraných skupin pacientů s podezřením na vrozenou vývojovou vadu se doporučuje preimplantační genetická diagnostika, jejíž podstatou je genetické vyšetření embryí ještě před jeho implantací do dělohy. Předem je nutné provést genetické vyšetření u obou partnerů. PGD je finančně nákladná metoda, která není hrazena zdravotními pojišťovnami.

Tato metoda byla poprvé použita v roce 1989 a od té doby se její důležitost neustále zvyšuje. Nejčastější indikací jsou dědičná onemocnění partnerů a porod dítěte s genetickou vadou vanamnéze. PGD se někdy doporučuje i při opakovaných potratech, opakovaných neúspěšných IVF, při prokázané genetické anomálii u jednoho nebo obou partnerů.

V současné době se vyšetřuje nejčastěji počet chromozomů 13 (trisomie – Patauův syndrom), 18 (trisomie – Edwardsův syndrom), 21 (trisomie – Downův syndrom), X (47XXY – Klinefelterův syndrom, 45X – Turnerův syndrom) a Y chromozom. Tyto poruchy pak mohou vést k poruchám implantace, potratům či předčasným porodům děti s dědičnou poruchou.

4 KVALITA ŽIVOTA

Definovat kvalitu života je velmi nesnadné. Tento termín byl poprvé použit v USA v 50. letech 20. století jako politický slogan a v odstupu několika málo let byl velice často citovaným pojmem v medicíně (Slováček, 2006).

V podstatě neexistuje žádná univerzální definice kvality života, ale je jí míněna zejména kombinace pacientem hodnocených aspektů zdraví, včetně fyzických, sociálních funkcí, emočního a duševního stavu, zatížení symptomem a pocitem celkové pohody.

Při hodnocení kvality života je potřeba brát v úvahu vývoj, proměny v prostoru a čase. Kvalita života je také o potřebách člověka, o jejich uspokojování, o individuálních žebříčcích hodnot každého jedince. Vnitřní potřeby člověka jsou individuální a mění se v čase i vzhledem k prostředí, kde člověk žije. Maslowova teorie potřeb stupňovitě řadí potřeby v hierarchickém systému, ale každý člověk upřednostňuje něco jiného. Podle této teorie se potřeba vyšší objevuje až po uspokojení potřeby nižší. V životě se stává, že člověk upřednostní některou vyšší potřebu, i když není uspokojen potřebami nižšími.

Propození kvality života je rozhodující pro citovou pohodu, který pramení z tělesné, duševní a sociální vyrovnanosti každého jedince. Kvalita života je dána subjektivním vnímáním životní reality každého jedince. Zdraví je jednou z základních kategorií kvality života.

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje kvalitu života: „Kvalita života je to, jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije a ve vztahu ke svým cílům, očekávaním, životním stylům a zájmům“.

4.1 Psychologické pojetí kvality života

Psychologické pojetí vystihuje otázku kvality života zejména jako spokojenost se životem, tj. zjišťování, co činí lidi spokojenými a prožívanou subjektivní pohodou (subjective well-being), štěstí (happiness, flow), kdy je důraz kladen na všeobecné hodnocení kvality života jako takového. Zjišťuje se celkové emoční ladění dané osoby, zda u ní mají převahu pozitivní nebo negativní citové reakce. V sociologickém pojetí kvality života jsou zdůrazňovány atributy sociálního úspěšnosti, jako jsou status, majetek, vybavení domácnosti, vzdělání, rodinný stav. Je zkoumán jejich vztah ke kvalitě života, která je rovněž definována jako subjektivní životní pocit.

V medicíně a ve zdravotnictví je též žiště zkoumání kvality života posunuto do oblasti psychosomatického a fyzického zdraví. Nejčastěji se potom operuje pojmem – health

related quality of life, tj. kvalita života ovlivněná zdravím. K měření zdravím ovlivněné kvality života byly vyvinuty řady dotazníků (Hnilicová, 2005).

4.2 Metodologie měření kvality života

Metody, kterými se měří kvalita života, je velké množství. Tyto metody lze rozdělit do třech skupin:

- ✓ Metody měření kvality života, kde tuto kvalitu hodnotí druhá osoba – externí kritéria vpojetí hodnocení kvality života.
- ✓ Metody měření kvality, kde hodnotitelem je sama daná osoba – interní kritéria vpojetí hodnocení kvality života.
- ✓ Metodami smíšené, vzniklé kombinací metod předchozích.

4.2.1 Metodologie měření kvality života druhou osobou

Příkladem přístupu, který se pokouší vystihnout celkový stav pacienta z fyziologickými a patologickými kritérii může být metoda nazývaná „Hodnotící systém akutního a chronicky změněného zdravotního stavu“ – APACHE II. Navážnost onemocnění se usuzuje podle toho, jak se kvantitativně odchyluje daný stav pacienta od stavu normálního. Výsledek vyjadřuje číselně.

Jiným příkladem může být Karnofskyho index PSI (*Performance Status Index*). Stanovuje ho lékař (viz úvodní práce onkolog), a vyjadřuje názor lékaře na celkový zdravotní stav pacienta k danému datu. Indexem je řív%.

VAS (*Visual Analogous Scale*) – vizuální analogová škála. Viditelné odstupňování celkového stavu kvality života pacienta (Křivohlavý, 1986). Jde o vidění kvality života pacienta spíše jako jeho celkového stavu, nežli souboru jeho zdravotních problémů. Úkolem hodnotitele je udělat křížek na úsečce dlouhé 10 cm tam, kde se asi – podle subjektivního hodnocení hodnotitele pacient nachází. Na úsečce jsou vyjádřeny dva extrémy – celkový stav pacienta je mimořádně špatný a celkový stav pacienta je velice dobrý. Výsledky mohou být odlišné v hodnocení různých hodnotitelů, ale i v hodnocení kvality života v různých časových úsecích a situacích.

Symbolické vyjádření kvality života sérií křížků se zavádělo do praxe v našich nemocnicích. Princip zápisu byl jednoduchý, čím více křížků (1–4), tím horší byla kvalita života pacienta. Jejich zápisem se vyjadřovala samoobslužnost pacienta, jeho schopnost komunikace personálem a jeho celkový psychický stav.

Zaskutečný krok v předvešných vyjádřeních kvality života pacienta je možno považovat za zavedení slovně formulovaných kritérií. Příkladem může být Index kvality života pacienta ILF (Křivohlavý, 1986). V tomto systému byla především stanovena kritéria – například sebeobslužnost, sociální opora, zvládnutí těžkostí spojených s nemocí a celkový emocionální stav pacienta. Záznam o stavu pacienta bylo možno zaznamenávat v odstupňované škále a v určitém časovém úseku (Křivohlavý, 2002).

4.2.2 Subjektivní hodnocení kvality života

Při definování kvality života psychology se setkáváme s úrazem kladeným na spokojenost. Podle toho, jak je kvalita života žijet, kdo je spokojen. Míra spokojenosti má určitý vztah k osobnímu pojetí kvality života.

SEIQoL (*Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life* – Systém individuálního hodnocení kvality života) je metoda zjišťování kvality života, která především neklade žádná kritéria, která by stanovovala, co je správné a žádoucí, ale vychází z osobních představ a názorů dotazovaného člověka o tom, co považuje za důležité. Základními daty jsou výpovědi dané osoby, systém hodnot daného člověka je při měření plně respektován. Aspekty života, které jsou pro člověka v dané situaci a chvíli kriticky podstatné, jsou danou osobou určovány a hodnoceny jako závažné, ale mohou se v průběhu života měnit (Křivohlavý, 2002).

4.2.3 Metodysmíšené

MANSA (*Manchester Short Assessment of Quality of Life*) – Krátký způsob hodnocení kvality života vypracovaný univerzitou v Manchesteru. V rámci metody MANSA jde o zjišťování spokojenosti se svým zdravotním stavem, sebe pojetím, sociálními a rodinnými vztahy, bezpečnostní situací, právním stavem, životním prostředím, finanční situací,

náboženstvím (vírou), účástí na aktivitách volného času, zaměstnáním (prací, školou...). Cílem je vystihnout celkový obraz kvality života daného člověka tak, jak se mu jeví v dané chvíli. Záměrem je účelné poskytnutí efektivní pomoci danému člověku. V rámci této metody je rozpracována metodika LSS (*Life Satisfaction Scale*) - Škála životního uspokojení. Tato metodika hodnotí nejen celkovou spokojenost se životem, ale i spokojenost s řadou předem přesně stanovených dimenzí života. Navizuálně analogové stupnici je vyznačeno sedm stupňů - nemůže to být již horší, z větší části nespokojen, nespokojen, stejně spokojen jako nespokojen, spokojen, z větší části spokojen, nemůže to být již lepší.

Metodika MANSAJEUR je účinná diagnostice podstatných charakteristik života obyčasných lidí, nejen pacientů. Tato metoda se využívá například jako podkladu k řízení zdravotní a sociální politiky v daném regionu (Křivohlavý, 2002).

4.3 Změna kvality života

Ukazuje se, že změna životní situace způsobená například nemocí, se projeví výrazně ve změně kvality života. Nastane-li v životě člověka nečekaná událost, obavy, stres, konflikty, krize, životní katastrofy apod., kvalita života a s ní i míra spokojenosti je otřesena.

Životní události vzhledem ke své povaze ovlivňují kvalitu života. Jednak mohou být bezprostředně aktuální prožívání kvality života – vyvolávají subjektivní pocit nespokojenosti, neklidu, strachu a úzkosti, deprese, vedou k poruchám spánku, nesoustředěnosti, ulpívavým myšlenkám, stigmatizaci, sociální izolaci, vedou také ke změnám v sociálních vztazích. Jednak ovlivňují dlouhodobou kvalitu života spojenou se směřováním, naplňováním životních cílů, uspokojováním potřeby rozvoje a růstu, uskutečňováním vnitřních možností, hledáním nového smyslu života (Janečková, 2005).

4.3.1 Sociální opora

Sociální oporou v širším slova smyslu se rozumí pomoc, která je poskytována druhými lidmi člověku, který se nachází v závažné situaci. Obecně jde o činnost, která člověku vtísni jeho závažnou situaci určitým způsobem ulehčuje.

Sociální opora má v životě člověka svůj význam. Jeví se jako důležitý moment v procesu zvládnutí životních těžkostí zvláště tam, kde člověk onemocní, kde se dostává do určité životní

krize, kden ěkohoblíz kéhoztratil, kdestojíp ředzávažnýmrozhodnutím pod. O podp ůrných sociálníchvztazíchjemožnohovo řitimezimanželi(K řivohlavý,2001).

5. EMPIRICKÝ VÝZKUM I.

5.1 Cíle výzkumu I.

- ✓ Popsat a zhodnotit kvalitu života pacientky po ekto pických graviditách snásledným řešením dalšího těhotenství způsobem in vitro fertilizace.
- ✓ Určit lomové situace:
 - ovlivňující kvalitu a míru odolnosti žen při opakovaných GEU
 - volba IVF jako řešení neúspěšného těhotenství

5.2 Charakteristika a organizace výzkumu I.

Výzkum probíhal v průběhu několika rozhovorů uskutečněných napřímo u klientky u ní doma. Před započtím výzkumu byla klientka poučena o účelnosti výzkumu a dala k němu souhlas.

5.3 Použitá metoda

Ke sběru dat byla použita kvalitativní metoda výzkumu – narativní interview. Narativní interview se sestávalo z plynulého vyprávění klientky, během něhož jsem omezovala své zásahy na minimum, abych udržela tok vyprávění. Mezi jednotlivými setkáními jsem t řídila informace a připravovala doplňující otázky pro další rozhovor. V úvodu každého rozhovoru jsem si s klientkou neformálně povídaly o věcech všedních pro navození uvolněné atmosféry a vzájemné důvěry. Klientka při našich setkáních byla velmi senzitivní a vstřícná, měla o uskutečnění rozhovoru pronásledné zpracování bakalářské práce zájem. Za její vstřícnost jsem byla velmi vděčná a klientce jsem vyjádřila své poděkování. Rozhovory byly nahrávány na diktafon, po té jsem provedla jejich úplnou transkripci. K analýze získaných údajů jsem použila metodu otevřeného kódování, která je součástí tzv. zakotvené teorie. Cílem metody zakotvené teorie je vytvoření teorie, která věrně odpovídá zkoumané oblasti a vysvětluje ji. Nezačíná se teorií, která by se ověřovala, ale daná oblast je prozkoumávána a nakonec se vynoří, což je významné (Strauss, Corbinová, 1999).

Otevřeně kódování odhaluje v datech určitá témata a lze ho aplikovat různým způsobem. Lze kódovat slovo po slovu, podle odstavců nebo podle celých textů. Důležitě je ztratit ze zřetele cíl kódování, tj. tematické rozkrytí textu (Hendl, 2005).

Rozhovory jsem opakovaně pročetla a vyhledávala příbuzné pojmy a snažila jsem se data uspořádat do tematických kategorií, z kterých byly vytvořeny hlavní kategorie a jim přiřazeny příslušné subkategorie. K subkategoriím jsem z transkriptovaného textu přiřadila citace a rozhovor jsem následně analyzovala.

5.4 Tematické kategorie

Tab. 2 Přehled tematických kategorií

| | | | |
|----------------------|---------------------|---------------------|---------------------------------------|
| Rodiče | Vděčnost | Nadměř | Nástup do zaměstnání |
| Rozvedené manželství | Přístup | Potřeba být sama | Tušení |
| Vlastní otce | Pomoc příbuzných | Vyhýbání selidem | Dovolená |
| Vlastní matky | Fyzické pocity | Potíže | Zklidnění |
| Chování matky | Intimita | Nemocnice | Společná dovolená |
| Povrchní vztahy | Potřeba empatie | Operace | Rozhodnutí |
| Konec vztahů | Spřízněná duše | Psychická nadměř | Obrana |
| Falešná matka | Léčba šokem | Psychický stres | Obranné reakce |
| Vztah k novému čatům | Potřeba naslouchání | Samota | Trvání na svém |
| Nevítaná návštěva | Překvapení | Nechť | Představy |
| Peníze | Radost | Rozčarování | Rozhodnutí |
| Půjčka | Emoce | Nechť se šehoovat | Překonání se sama |
| Zaměstnání | Pocity | Trápení | Subjektivní potřeba zvládnutí situace |
| Splácení půjčky | Úžasně pocity | Fáze šoku | Myšlenkový sled |
| Vlastní manžela | Radostné čekání | Rozčarování | Stejný scénář |
| Žárlivost manžela | Pocit štěstí | Zklamání | Úvahy o rozvodu |
| Pozornost manžela | Kámen z srdce | Psychická újma | Ulpínání myšlenky |
| Myšlenky manžela | Směšené pocity | Strach | Živě vzpomínky |
| Sebereflexe manžela | Veliká radost | Nesnesitelná bolest | Myšlenky na další dítě |

| | | | |
|------------------|------------|-----------------|--|
| Reakce manžela | Bolest | Hledání viny | |
| Úžasný manžel | Nevědomost | Zklamání | |
| Oporav manželovi | Zmatenost | Nezdar | |
| Tchánstchýní | Deprese | Nejhorší období | |

5.5P řehled hlavních kategorií a subkategorií

V další části textu řehokódování jsem sestavila pojmy týkající se jednotlivých hlavních kategorií a subkategorií do následující tabulek.

1.KATEGORIE: Primární rodina

Tab.3 Primární rodina

| | | |
|------------------------|------------------|-------------------|
| Rodiče | Nechuť | Nechuť a šovate |
| Rozvedené manželství | Obranné reakce | Trápení |
| Vlastnost otce | Trvání a svém | Překvapení |
| Vlastnost matky | Zaměstnání | Zklamání |
| Sliby | Splacení půjčky | Vlastnost manžela |
| Vztah k nově narozeným | Obrana | Tchánstchýní |
| Odchod z domova | Chování matky | Přístup |
| Byt pro babičku | Povrchní vztahy | Vděčnost |
| Peníze | Pomoc příbuzných | Psychický stres |
| Půjčka | Konec vztahů | Samota |
| Třicátiny | Rodinný dům | |
| Fáze šoku | Představy | |
| Rozčarování | Rozhodnutí | |

- *Dětství*
- *Odchod z domova*
- *Stěhování*
- *Zázemí*

2.KATEGORIE:Touhapodít ěti

Tab.4Touhapodít ěti

| | | |
|----------------------|---------------------|-------------------|
| Fyzicképocity | Nadn ě | Psychickynadn ě |
| Intimita | Pot řebabýt sama | Stejnýscéná ř |
| Překvapenípromanžela | Vyhýbáníselidem | Myšlenkyman žela |
| Radost | Nástupdozam ěstnání | Nejhoršíobdobí |
| Emoce | Tušení | Úvahyrozvodu |
| Nevítanánávšt ěva | Pocity | Oporavmanželovi |
| Falešnámatka | Dovolená | Odbornáintervence |
| Bolest | Potíže | Ujišt ění |
| Nevědomost | Nemocnice | Kámenzesrdce |
| Zmatenost | Myšlenkovýsled | Víra |
| Nařízeníléka řů | Zrušenídovolené | Úžasnýmanžel |
| Deprese | Operace | |

- *Nadějeazklamání*
- *Obdobíkrize*
- *Pomoc*

3.KATEGORIE:Nad ěje

Tab.5Nad ěje

| | | |
|-------------------|--------------------|------------------|
| Dalšítransfer | Opatrnost | Ope čování |
| Smíšenépocity | Nutnostrelaxace | Sexuálnítouhy |
| Ulpínavémyšlenky | Velikáradost | Pozornostmanžela |
| Překonánísebesama | T ěhotenskýtest | |
| Úžasnépocity | Kontrolníultrazvuk | |

- *Pronatalpodruhé*
- *Pocity*
- *Sexuálnítouhy*

4.KATEGORIE:Rozhodování

Tab.6Rozhodování

| | | |
|--------------------------|------------------------|--------------------|
| Živévzpomínky | Společná dovolená | 2.embryotransfer |
| Psychická újma | Výchovadcery | Nezdařený pokus |
| Poporodní komplikace | Opětovaná láska | Reakce manžela |
| Vyšetření | Myšlenky na další dítě | Hledání viny |
| Nesnesitelná bolest | Plánování | Zklamání |
| Nechť | Škola | Potřebná slouchání |
| Překonávání těžkostí | Podkroví | |
| Návratk aktivnímu životu | Zaneprázdněnost | |

- *Nechť*
- *Překvapení pro manžela*
- *Zklamání*

5.KATEGORIE:Životní kontinuita

Tab.7Životní kontinuita

| | | |
|--------------------------------------|---------------------|--------------------|
| Hodnocení situace | Léčba šokem | Zdařený pokus |
| Subjektivní potřebazvládnutí situace | Překonávání krize | Problémy |
| Vánoce | Zklidnění | Strach |
| Potřeba empatie | Sebereflexe manžela | Radostné očekávání |
| Spříznění duše | Rozhodnutí | Porod za odměnu |
| Žárlost manžela | Kalkulování | Pocit štěstí |

- *Krize v manželství*
- *Zklidnění*
- *Pocit štěstí*

5.6 Analýza rozhovorů

Kategorie: **PRIMÁRNÍ RODINA**

Subkategorie: **Dětství**

Klientka:

„Jsem rozvedená z manželství. Když jsem nastupovala do 1. třídy základní školy, byli už rodiče rozvedení. Soudstoupem dnes vidím, že ty jejich povahy neměly šanci, aby to fungovalo.“

„Mojí matkou jsem se nikdy nestala. Od svých osmnácti let jsem říkala, abych si nemyslela, že mi bude někdy hlídat děti, natož zapomenout!“

„Mě to může mrzet, jak chce, ale ona má „svůj“ život. Dívám se kvůli tomu hodně plakala...“

Analýza rozhovoru:

V úvodu je potřeba seznámit se se vztahy v rodině klientky, neboť nastínění této problematiky umožňuje pochopení situace a dějů následujícím příběhem. Životem klientky byly matky prošly několikrát partnerů, žila si svůj život „dávami“ a klientka nejevila přílišný zájem. Doma panovala atmosféra hádek a nepohody. K své matce a otci ji jeho nové partnerce klientka cestu našla. Jsou úplně odlišní a mají hezký vztah ke klientce a k dětem. Se svou matkou a otčím komunikuje klientka v rámci slušnosti, nejde o žádnou výhrůžku. Spokojená rodina, harmonický rodinný život jsou pro klientku smyslem života.

Subkategorie: **Odchod z domova**

Klientka:

„Já jsem setenkrát v osmnácti letech sebrala a odešla z domova. Nechal jsem tam lístek, že odcházím, že mi bude někdo říkat, že se hádají kvůli mně.“

„Jediné, co mi matka řekla: „...no akdo bude žehlit...?“

„Takže mám od těch osmnácti let takový divoký.“

Analýza rozhovoru:

Atmosféru, která v rodině vládla, už klientka nemohla vydržet. Byly to neustálé hádky a dokonce jejich důvody sváděly na klientku. Rozhodla se, že odejde a začne si svůj vlastní život. Měla možnost bydlet v bytě u babičky, který se ale musel zaplatit. Tenkrát ji hokoupl otčím. Itak bylo nutné provést rekonstrukci koupelny, WC, koupelny atd., proto klientka

zařídila půjčku u banky. Aby mohla splácet, měla kromě svého zaměstnání v úřadě ještě druhé. Přesto byla šťastná, že už konečně žije spokojenějším životem a nemusí čelit tak úm stran matky. Pochopení, vřelou náruč a lásku nachází u svého přítele, skterým posléze vstupuje do stavu manželského. V tomto období jsou naplněna její očekávání ve všech oblastech života. V zaměstnání je také spokojená, má spoustu přátel, skterými spolu s manželem tráví volné chvíle jako třeba sportu, tak i při dalších společenských aktivitách.

Subkategorie: **Stěhování**

Klientka:

„ Když jsem měla třicáté narozeniny, přišel otčímskytkou a řekl, že by potřebovali, abychom se do dvou měsíců vystěhovali. To jsem zůstal koukat, dříve mi neřekl, ale sama jsem se zcela náhodou později z noviny četla, že ten byt se prodává.“

„ Chtěla jsem tedy zaplatit své investované náklady. Celou dobu jsem měla dvě zaměstnání, abych mohla splácet půjčku, tak jsem si řekla, že to tam prostě nenechám!“

„ Tímto naševztahy úplně skončila říkala jsem si, že oni chci nic dělat.“

Analýza rozhovoru:

Po období, kdy klientka prožívala harmonický život naplněný štěstím a láskou se svým manželem, přišla nečekaná rána v podobě nuceného vystěhování se. Mezitím, kdy bydleli ve městě, manžel pro ně stavěl rodinný dům na vesnici na pozemku, který dostal od svých rodičů. V té době by dům stále ještě v rozstavě fázi a nedalo se v něm bydlet. Bylo tedy nutné stavbu urychleně dokončit.

Klientka pocítovala velkou řívu, protože později jí otčímskytkou řekli, že potřebovali byt prodat, aby mohli peníze nakoupit byt pro jejich dceru, která pracuje v Praze, tak aby měla kde bydlet. Později se však ukázalo, že si potřebovali jen vylepšit rodinný rozpočet..

Toto období velmi těžko prožívala, plakala kudy chodila a nechápala, jak jí tohle může udělat vlastní matka. Společně s manželem se tedy podíleli na dostavbě domu, úpravě interiéru, aby mohli brzy bydlet.

Takřka v rekordním čase, který čítal necelých tři měsíce, bylo možno nastěhovat se, i když ještě zbývalo dodělat podkroví a další práce, které ale nebránily bydlení v domě. Stěhování předcházela absolutní nechuť klientky stěhovat se z města na vesnici. Bylo nutné pořídit si auto, aby mohla dojíždět domů do zaměstnání. Stále plakala cestou tam i zpět, nechtěla se jít bydlet, jak říká, v té době..

„Jiříkově vidění“. Říkal jsem si, co to má být... neviděl jsem je od té doby, comi řekliseber seavypadni...“

„Doktoři říkali – chodit, chodit po operaci, ale chodíte po chodbě, která je spojená sporodnicí a slyšíte, jak tam pláče, čou tamiminka a jak je to tam plné toho malého živočicha! Já chodila, ale cokrok, to slza... bylotomu čení...“

„Říkali nám, abychom počkali s druhým dítětem půl roku, rok, ale teďchnázorů bylovíc. Samajsem si říkala, budu čekat a pak to třeba nepůjde vůbec.“

Analýza rozhovoru:

Z rozhovoru sklientkou vyplynulo, že se o dítě pokoušeli s manželem ještě v době, kdy bydleli v eměstě v bytě s babičkou. Nedařilo se otěhotnět, proto klientka řešila svůj problém s obvodní gynekoložkou. Následným vyšetřením se prokázala vysoká hladina prolaktinu, kdy hodnoty dosahovaly hladiny jako u plně kojící ženy. Zároveň se u manžela zjistily hodnoty spermogramu. K jejich překvapení toto vyšetření nedopadlo lépe. Byla to pro oba vedová sprcha. Manžel to nesl jako svou životní prohru. Klientka se ho snažila v každém případě psychicky podporovat.

Přestože oba prožívali stres a trápení nebo právě proto, milovali se a snažili se společnými silami toto překonat. A stalose..klientka zjistila, že je otěhotná. Manžel by dojat, bylo to vymožené, bylinadšení.

Jenže radost netrvala dlouho, vznikly komplikace, klientka musela být hospitalizovaná. V nemocnici zjistili, že se jedná o otěhotnění mimo dělohu. Šlo o tubární otěhotnění, byla provedena laparoskopická salpingektomie.

V rozhovoru klientka líčí své pocity zklamání, cítila se hrozně, jak psychicky tak fyzicky. Její špatný psychický stav ještě prohloubila návštěva matky, otčima a sestry. Bylo to pro ní velice psychicky traumatizující.

Po návratu z nemocnice domů požádala klientka obvodní gynekoložku, jestli by jí ještě nechala doma, že nechce mezi lidi, nechce nikoho vidět, snikýmmluvit. Procházela se doma po okolí a dlouho se z tohoto stavu nemohla dostat. Nechtěla nikoho vidět, jen stále plakala. Velmi těžce nesla návštěvy příbuzných. Nejhorší bylo, že se jí svěřila s manželem, proto že neměla sílu si děti pochvat nebo se s nimi pomazlit, tak jak od přívy. Pohled na otěhotněnou ženu nebo matku skoro čarujícím způsobem dostavuje bezmoci a beznaděje, ani neubrání se slzám. Manžel přinést, byl jí oporou a zahrnoval jí péčičaláskou.

Přišel čas, kdy už musela nastoupit do zaměstnání. Jen co nastoupila, netrvalo dlouho a klientka začala mít tušení, že je asi opět otěhotná. A čkoliv lékaři doporučovali s druhým

dítě tempo čekat, radněd bali a zadavam šesícetubylodalšíť ěhotenství. Radostbylaveliká, oba partneřibylinaplňenipocitemšťestíaradosti.

Avšak p řišla další rána osudu. Opakoval se stejný scéná ř. T ěhotenství bylo op ěť mimoděložní, tentokrát ve druhém vejcovodu a klientce byl a provedena druhostranná laparoskopickásalpingektomie.

Subkategorie: **Obdobíkrize**

Klientka:

„Po prvním mimod ěložním t ěhotenství jsem žila spocitem, že je m ě p ůlka a te d' podruhé...mělajsem pocit, ženejsem ženská..!“

„M ělajsem hrozněpocity, cítilajsem semén ěcennáapo řádjenp řemýšlela, cobudeme dělat.“

„Vtomtoobdobímibyloúplň ěnejstrašň ěji!“

Analýzarozhovoru:

Vhlase klientky bylo i po letech znát, že jsou to vzpomínky stále živé, na které nikdy nezapomene. Tenkrát se ob ěma partner ům zhroutil sv ěť, byli oba velmi neš ťastní. Klientka bylapsychickynadn ě, alejejímanželsevelicesnažilbýtjíoporou. K lientkavzpomíná, jaksi velmi vážila a dodnes váží svého manžela, m ěl snítolik trp ělivosti, stále se sní procházel, povídal, povzbuzovalaona jen stále plakala a plak ala... Nešlo se tohon ějakrychledostat.

Subkategorie: **Pomoc**

Klientka:

„Navrhovalajsem, že se rozvedeme, a řsi najde ženu, která bude zdravá a bude schopná mudátd ěti. Onmístále říkal, vždyťjsizdravá..“

„Tento hrozný stav jsem prožívala až do doby, než mi pan docent Mardeši ě vysv ětlil, že jsem zdravá, že mám to, coonipot řebují, tj. d ělohuavaje čníkyaostatníza řídíoni.“

„Tohle jsem pot řebovalaslyšetiodn ěkohojiného, dodalomit osíly, postavilom ěnanohy arázemzem ěvšechno spadlo!“

Analýzarozhovoru:

Oba manželé o možnosti um ělého oplodn ění v ěděli, p řesto klientka prožívala tuto krizi velmi intenzivně a trvalo n ějaký čas, než se její stav zlepšil. Rozhodli se, že pojed ou do

Pronatalu a sdělí, co se stalo a domluví se na dalších krocích. Byli však oba frustrováni faktem, že výsledky spermogramu partnera nevykazovaly uspokojivé hodnoty.

Teprve v Pronatalu nabyla klientka přesvědčení, že pomoc tady je, že nebude už řešit žádné zbytečné věci, soustředí se jen na léčbu a přípravu před umělým oplodněním. Stoprocentně to doufala a věřila.

Kategorie: **NADĚJE**

Subkategorie: **Pronatalpodruhé**

Klientka:

„Já jsem tam šla strašně nabuzená, v dělá jsem, že jsem se dostala ke špičce v republice.“

„Tak jak jsem se předtím tolik trápila, mučila, plakala, tak teď jsem po jejích slovech úplně klidná, vyrovnaná a mocnatěšená!“

„Jak jsem byla dřív ze všeho tak vystresovaná, tak jsem ani nevěděla, jestli třeba ještě budu mít dětičky. Jak je člověk v té situaci úplně mimo, tak si to nedokáže srovnat v hlavě.“

„Když jsem se šli odpočívárny s ostatními klientkami, tak jsem asi měla výhodu, že jsem tam byla poprvé. Měla jsem vsobě jen jednu myšlenku, že mě opravdoví lidé netrápí a že jsem zdravá. Tomu držel na vodou a netížily mě žádné zdravé pokusy.“

„Tak tam ležíte a každé klientce se honí v hlavě všechny myšlenky.. co bude, když se to nepovede, co zas budou říkat ostatní, koho potkám, kdo se bude ptát, už to raději nikomu neřeknu.“

„Poněkdy jaké chvíli za číná skupinka žen konverzovat, s věřovat se. Člověk si až uvědomí, co všechno se tam řekne. Máte pocit, že vás nikdo neslyší, že jsou tam zavřené dveře a co je za těmi zavřenými dveřmi, totam také už stane...“

Analýza rozhovoru:

Prvnímu embryotransferu předcházela procedura stimulace ovarií, odběr vajíček a také odběr spermií manžela.

Po vyhodnocení spermogramu manžela se embryologem dohodla, že se rozhodne pro špičatější metodu (ICSI), když vyšel spermogram úplně fantasticky! Nakonec došli k závěru, že před prvním odběrem spermií byl manžel oslaben, užíval tedy denní antibiotika. Tato informace vyplynula ze zápisů klientky, která má ve zvyku si vše důležité zaznamenávat do diáře. Zbytečně se tedy neobtěžovali.

Při odběru vajíček jich bylo získáno sedmnáct „schopných“. Po předem přesně stanoveném čase se přistoupilo k prvnímu embryotransferu.

Subkategorie: **Pocity**

Klientka:

„ Pocity poprvním úspěšném embryotransferu, to se slovy ani nedá popsat, bylo úžasný pocit! Byla jsem pak na sebe hodně opatrná, pracovní neschopnost jsem měla vystavenou už od odběru vajec.“

„Byla to velikánská radost. Měla jsem si doma udělat těhotenský test. Tak jsem si ho udělala...ato čekání, ty dvě minuty života by byly pro mě nekonečně dlouhé, než setamty čárky ukážou...“

„Mám ten test dodnes schovaný napamátku v kračině.“

„Byla jsem velice opořezávaná, jen jsem spala, chodila na procházky a šila se nadítě, budetom u jandělík..“

Analýza rozhovoru:

Klientka inyní příběh vyprávění úsobí dojemnějším a šťastnějším člověka. Konečně se jí splnil sen a pevně věří v úspěšný konec.

V Pronatalu před prvním transferem se seznámila s klientkou, byla to Někdo. Snažila se jí uklidňovat a rozptýlovat rozhovorem. Mezi tím skupinka žen vyprávěla své zážitky z předšlých neúspěšných pokusů a klientka byla zprvu zneklidněná, ale stále dokola si opakovala, že je zdravá, nic jí není a že nesmí takto přemýšlet! Byla by rovnou odsouzena k neúspěchu. Takže tyto myšlenky zapudila a jak sama říkala, vždy se bránila takovýmto chmurám.

Po úspěšném oplodnění musela být na sebe opatrná. Manžel byl velice pozorný, uklízel, nakupoval stará se o celý chod domácnosti.

V neposlední řadě je nutné připomenout velkou pomoc a pozornost rodičů manžela, pomáhal se vším, co bylo třeba.

Subkategorie: **Sexuální touhy**

Klientka:

„ Když jsme jel do Pronatalu, tak se manžel ptal...kdy bychom třeba mohli..?“

„ Já jsem se moc bála, on tedy taky, ale...takže jsme si pomáhal jiným způsobem.“

Analýza rozhovoru:

Lékařka v Pronatalu vysvětlila, že sexuální styk není vhodný zejména v prvních měsících, je zde veliké riziko, že by žena otěhotněla. Odkázala oba na alternativní způsoby.

Vzhledem k okolnostem, kdy byl manžel velmi vytížen jak pracovní, denně dojížděl do zaměstnání osmdesát kilometrů, tak i starostmi o dům, zahradu, domácnost, tak neměl tolik času přemýšlet o sexuálních touhách.

Kategorie: **ROZHODOVÁNÍ**

Subkategorie: **Nechut'**

Klientka:

„Zprvního porodu jsem měla špatné zážitky. Poprvé člověk neví, jaké to bude. Ikdyž jsem setišila a v děděla, že to bude bolet, neměla jsem představu, jak moc. Hodně jsem se potrhala, dlouho měšili, dostala jsem infúzi krve.“

„Měla jsem problém s nalitym prsy a takyo čistky neodcházely, jak měly, tak jsem musela jít na vyšetřovnu a na ten zážitek opravdu nezapomenu! Práh bolesti mám vysoký, ale tohle bylo nesnesitelné, že jsem se neubráníla slzám.“

„Nejdříve jsem si myslela, že budeme mít děti hned za sebou, ale první porod jsem měla stále v živé paměti.“

Analýza rozhovoru:

Z rozhovoru s klientkou bylo cítit, že se fyzické trápení snažilo zastínit radost z narození dcery. Vzpomíná, že samotný porod byl sice komplikovaný, spojený s poraněním rodidel, ale následující poporodní zkušenosti a zážitky byly opravdu nesnesitelné. Sama říká, že by to nechtěla podruhé zažít! Proto také druhédítě jen tak nechtěla, vzpomínky byly moc živé.

Po čase, kdy problémy pominuly, cítila se psychicky i fyzicky dobře a byla v pohodě. Konečně, jak sama říkala, zase mohla začít. Vrhla se do všeho jako dřív, cvičila, začala si hodně užívat dcery. Vysloveně, jak říká, si v tom „bahnila“. Jezdili společně s manželem a dcerou na dovolenou a prožívali spolu spokojený život. Stále vštěpovala děřimyšlenku, jak je moc důležité, aby se v rodině všichni rádi dcerastímžije. Udělala z jejich domku ten pravý domov, miluje své rodiče, všichni se navzájem dokonale užívají.

Subkategorie: **Překvapení pro manžela**

Klientka:

„Embrya byla zamražená na pět let. Byla poslední šance jich využít, pokud bych chtěla transfer z toho samého.“

„Chtěla jsem manželap řekvapít, onužsiza čínalmyslet, že z ůstaneme ujednohodít ěte a druhéužnebudememít.“

„SamajsemsitojeladoPronataluza řídítadomluvit senatermínu.“

„Když jsem manželovi oznámila, že pojeduna tr ansfer, byl velmi mile p řekvapen a hned mi řekl, že samoz řejmě pojedese mnou.“

Analýza rozhovoru:

Klientka vždyv ěděla, že nez ůstanou ujednohodít ěte, ale trvalodlouho, než se vzpomínky naprvní porodpon ěkudrozplynuly. Klientka se rozhodla pro embryotran sferoprázdninách, chtěla se v ěnovat dce ři naplno, protože pak už by musela být op ět vkladu a opatrovat se. Manžel p říjal oznámení o transferu s velikou radostí. Jeli d o Pronatalu spolu, byla použita zamražená embrya, jak byl dohodnuto.

Subkategorie: **Zklamání**

Klientka:

„V zá ří jsem začala chodit do školy, do toho se d ělalo podkroví a zároveň jsem se také rozhodla pro transfer.“

„Ono se to nepovedlo... mn ě bylo špatn ě... manžel otomaninecht ěl mluvit, necht ěl ton ě jak rozebírat.“

„Ob čas jsem pot řebovala ramínko... poplakatsi.“

Analýza rozhovoru:

Transfer nedopadl dobře, embrya se nevyvíjela. Klientka ve svém vypráv ění popisuje, jak se jí ud ělalo doma zle a musela ihned do nemocnice, kde jí p rovedli instrumentální revizi dělohy.

Prožívala v té době hektické období, nejenže nastoupila do školy ke studiu magisterského programu, ale měla ve své režii dostavbu podkroví jejich domu. Tak se dohodli s manželem pop ředchozích zkušenostech p řístavb ě ostatních prostor, kdy manželovi klientka sahalo la do stavebních plán ů a m ěnila ho kobrazu svých p ředstav. Manžel, i když souhlasil, tak tenkrát řekl, že stavbu podkroví tedy bude řídít sama, aby všo bylo podle jejích p ředstav. M ěla tedy nastarost řemeslníky avše, co se stavbou souviselo. Byla velmi izanepřádn ěná, starostí bylo moc. Proto si také říkala, že to ěhotenství asi opravdunem ělobýt, že asi p řírodaví pro ě, když to nevyjde hned na začátku. Člověk si pak sám vsob ě hledá r ůzná od ůvodnění. Po

neúspěchu o tom manžel nechtěl mluvit. Klientka naopak potřebovala někoho, kdo by jí vyslechl, ukořistila by se mohla vyplakat, aby se jí alespoň trochu ulevilo.

Kategorie: **ŽIVOTNÍ KONTINUITA**

Subkategorie: **Krize v manželství**

Klientka:

„Po nezdařeném embryotransferu jsem tolik potřebovala o tom mluvit, jenom aby mi někdo poslouchal.“

„O Vánocích jsme byli u známých, bylo tam víc lidí a já jsem pak celý večer seděla se svým dlouholetým známým, pořád jsme si povídali a on trpělivě naslouchal. Moc jsem to potřebovala. Ale nějak se stalo, že mě políbil a můj manžel to viděl a pak se mnou dlouho nemluvil.“

„Později jsem se musela snažit, aby se světlo zatočila ospravedlnovalasvé jednání.“

„Vím, že se tonem tělostát, ale nějak to vyplynulo z situace a já jsem to potřebovala...“

Analýza rozhovoru:

Klientka prožívala po nezdařeném pokusu embryotransferu krizi, velké zklamání. Stále myslela na to, co se stalo, že si topí v práci a sama řídila sama. Do toho stres ve škole, zkoušky, domaneustálý nepořádek v údržbě podkroví, řemeslník napovlel, dcera uránodoma čta do školky, odpoledne proní, do toho se učil. Klientka byla podneustálým tlakem.

Manželovo pracovní nasazení bylo také veliké. Nejenže dojížděl denně do zaměstnání osmdesát kilometrů, ale zastával spoustu prací nad rámecem zahrady a také se věnoval dě. V té době klientka pociťovala nedostatek empatie a sounáležitosti, potřebovala všechna svá trápení probírat, mluvit o nich.

Subkategorie: **Zklidnění**

Klientka:

„Po zimním semestru jsem se dostala do normálu. Řekla jsem si, že to musím zvládnout, člověkužberestudium v tomhle věku zodpovědně. Nechtěla jsem chodit nepřipravená, abysí zkoušející myslel, že dělám něco napůl. Nikdy jsem nedělala nic napůl!“

„Manžel se z krize dostával dlouho, moc žárlil a stále podezíral a taky se bál, že o mě přijde.“

„Byla jsem velice potěšena, že manžel přehodnotil volný čas jeho a náš společný. Zjistil, že se nemusí jen „makat“ na domě a na zahradě, i když dcera takové práce miluje, ale je i potřeba, aby v dětské hlavě adušíž ustaly i jiné vzpomínky a zážitky. A tohle se povedlo.“

Analýza rozhovoru:

Pokrizovém období nastalo období zklidnění. Podkroví bylo hotové a manžel zasnašel ke klientce cestu. Jak se říká, že všechno špatné je pro něco dobré, v tomto případě to opravdu platilo. Vztah obou se upevnil, manžel pochopil, že v tom nemůže nechat ženu samotnou a udělal si čas na povídání, vyslechnutí.

Bylo jeden z mnoha zlomových okamžiků jejich partnerského života.

Subkategorie: **Pocit štěstí**

Klientka:

„Po překonání krize a celkovém zklidnění situace jsme se rozhodli pro další embryotransfer.“

„Nosila jsem sobě pocit, že se to povede... musí!“

„Byla mi implantovánadvě embrya, tak jakovždy předcházejících pokusech. O možnosti vícečetné gravidity jsem věděla a nebránila bych se tomu. Velmi jsem po dalším dítěti toužila.“

„Transfer proběhl úspěšně, ale po dvou měsících jsem začala slabě krváčet, měla jsem ukrutný strach!“

„Taky jsem měla strach z porodu, protože jsem ten první měsíc stále v pampěti. Ale porod byl „za odměnu“, úplně fantastický.“

Analýza rozhovoru:

Předtím, než se rozhodla jít klientka na další transfer, tak hodnotila, co všechno se stalo. Také trochu kalkulovala, přemýšlela... narodí se v listopadu, škola končí v červnu, p úložní dítě se ještě samo moc nepohybuje, takže to musí zvládnout do té doby, protože pak už se nenaučí nic. Ve škole klientka navrhovala přerušení studia, ale nechtěla.

Transfer proběhl úspěšně, ale po dvou měsících nastaly komplikace a klientka musela být hospitalizována. Měla o své dítě veliký strach. Zdravotní stav se zlepšil a dále pokračovalo těhotenství dle plánu. Odsamého počátku však bylo jiné, klientka prožila aranní nevolnost.

V té době byl manžel řídny služebn ěv Anglii aby lysdcerous amy doma. Další období těhotenství probíhalo bez problém ů a v listopadu se manžel ům narodil zdravý syn. Prožívali společně pocítne skute čného ští!

5.7 Metoda SEIQoL

Při posledním společném setkání sklientkou jsem jí požádala o vyplnění dotazníku SEIQoL, kterým se zjišťuje kvalita života člověka. Základními daty jsou výpovědi dané osoby, které jsou subjektivní a vypovídají o jejím vlastním definování systému hodnot. Úkolem klientky bylo zamyslet se, co považuje ve svém životě za nejdůležitější, co má největší cenu a je cílem v jejím životě. Měla uvést pět cílů, tyto cíle rozvést podrobněji a u každého vyznačit, jak moc je spokojenás dosahováním tohoto cíle a také jak moc je tento cíl pro ni důležitý. Obojí bylo vyjádřeno procentuálně. Životní cíle uvedla klientka v tomto pořadí: zdraví, rodina, vzdělání, sport a poslední označila jako „vyšší moc“. Všechny cíle označila 20% důležitostí (maximum mohlo být 100% dohromady), lze přitom usuzovat, že uvedeným cílům klientka přisuzovala stejný význam důležitosti. První pozici zaujímá zdraví ve smyslu starat se o sebe pro dlouhý spokojený život. Pokud by chybělo zdraví, nebyla by ani spokojenost. Pojem rodina zahrnuje spokojenost partnera, dětí a spokojenost celkovou a také vedení dětí k poslušnosti, pochopení a vzájemné pomoci. Vzdělání považuje klientka za velmi důležité jak pro své děti, tak zejména vzdělávání sebe sama, aby měla co předávat dětem. V tomto smyslu se klientka vyjádřila, že dokázala to, co si předeslala a je spokojená. Fyzická aktivita, sport je pro klientku součástí jejího života a tuto filosofii uplatňuje i při výchově svých dětí. Vychovává je způsobem, aby si osvojily dovednosti, uvědomily určitá pravidla, že musí poslouchat také někoho jiného a naučily se respektu. Ve svém životě ale klientka pociťuje i dluh. Slíbila si, že pokud se dočká narození svých dětí, nechá je pokřtít. Manžel má však jiný názor a do dneška se tak nestalo. Topořuje klientka za svou dluh vyšší moci, kterou takto označuje jako jeden z životních cílů. Se všemi cíli je klientka na 100% spokojená, kromě posledněmiřovaného, jež označuje 0%, a u kterého doufá, že ještě dojde k jeho naplnění.

Způsob vyhodnocení dotazníku se provádí tak, že se u každého cíle násobí jeho důležitost smírou spokojenosti. Výsledná hodnota se rovná součinu součinů u všech cílů a dělí se 100. Výsledný údaj se pohybuje od 0 do 100. Spokojenost s realizací životních cílů se zjišťuje jako průměrná hodnota míry spokojenosti s naplněním životního cíle. Při hodnocení výsledků dotazníku jsem došla k závěrům, že celková míra spokojenosti klientky se životem se rovná 80. Posledním úkolem, kterým měla klientka udělat, bylo určení celkové míry spokojenosti se životem. Na úsečesparametry, „jetotakšpatné, jakjetojenmožné“ a „jetotakdobré, jakjen to dobré může být“ měla klientka označit čarou, kde leží výše její spokojenosti se životem. Výsledek ukázal hodnotu 95%.

Při porovnávání výsledků v dotazníku SEIQoL a analýzy životního příběhu klientky nalézá podobnost v některých případech shodu v subjektivním hodnocení vlastního života klientky. Dopodřadí vystupuje zejména nadřazenost spokojeného rodinného života (manželství, láska, porozumění, péče, starosti o druhého, vzájemná pohoda) a význam zdávání, jeho udržování a zlepšování u obou partnerů a později celé rodiny. Výsledné hodnoty v dotazníku jen podtrhují úsilí vynakládané ke spokojenosti v životě v popísaném životním příběhu. (Dotazník SEIQoL viz příloha č.3)

V následující tabulce je vyjádřeno porovnání obecných oblastí charakterizujících kvalitu života tak, jak je klientka uváděla v dotazníku SEIQoL a jak vyplývaly z jednotlivých kategorií.

Tab.8 Porovnání kvality života metodou SEIQoLskategoriemi

| | Cíle SEIQoL | Kategorie |
|----|--------------------|------------------|
| 1. | ZDRAVÍ | RODINA |
| 2. | RODINA | ZDRAVÍ |
| 3. | VZDĚLÁNÍ | TOUHA PODÍLETI |
| 4. | SPORT | PRÁCE A SOBĚ |
| 5. | VYŠŠÍ MOC | SPORT |

Obecně definované oblasti kvality života

- Psychická
- Tělesná
- Sociální
- Partnerská
- Ekonomická

Přehled zlomových situací souvisejících s příběhem klientky a jejich proměny v průběhu času

1. neharmonické dětství, negativní vztah s matkou
2. nucené šňování
3. nemožnost šňování
4. 1.spontánní šňování → radost s řídkým klamáním → mimošňovní šňování
5. 2.spontánní šňování → mimošňovní šňování

6. 1.embryotransfer →nejkrásn ějšíobdobí
7. „živě“vzpomínkynaprvníporod →odrazováníoddalšígravidity
8. napln ěníideál ů
9. dalšiembyotransfer →neúsp ěšný →truchlenínadztrátou
- 10.obdobízklidn ění,dalšítransfer →pocitneskute ěnéhošt ěstí

První zlomová situace charakterizuje negativní vztah klientky smatkou, neustálé hádky mezi rodi ěi, což se negativn ě projevovalo vpsychické a sociální rovin ě kvality života klientky. Rodinné vztahy nefungovaly, jak by m ěly a jediným východiskem byl odchod zdomova. Osamostatn ění sice znamenalo duševní klid, ale zároveň p řineslo i ekonomické problémy. Avšak životklientky se opíral okvalitu partnerství a emocionální oporu, což pozitivn ě ovliv ňovalo její psychický stav a zároveň kvalitu života jako takovou.

Druhá zlomová situace m ěla neblahý dopad na psychickou oblast kvality život a. Klientkapoci ťovalak řivduze stranymatky. Sociální vztahysrodinou byl yot řesenyatím pádemskon ěily.

Třetí zlomovou situaci komplikovala infertilita klientky, což negativn ě zasáhlo psychosomatickou oblast kvality života. Do pop ředí však vystupovala sociální opora ve smyslu opravdových a v řelých vztah ů s ostatní rodinou klientky a rodinou partnera. Tím došlo obecn ě ke zlepšení kvality život a jak vpsychické oblasti , tak v sociální partnerské.

Čtvrtá zlomová situace popisuje p řekvapení zprvní spontánní gravidity, avšak radost st řídá zklamání. Mimod ěložní t ěhotenství p ředstavovalo zásadní zásah do psychiky klientky. Špatný psychický stav ješt ě prohloubila návšt ěva klient ěiny matky a sestry vnemocnici. Kvalita život avpsychické oblasti zaz namenala strmý pád. Klientka prožívala dlouhodobé deprese, uzavírala se do sebe, stranila se lidem. Oblast partnerská však nabývala na významu a poskytovala kýženou krizovou intervenci. Kvalita život av oblasti sociální nevykazoval dobrých výsledk ů.

Pátá zlomová situace ukazuje na nejhorší období života. Ob ěma partner ům se zhroutil svět po druhé spontánní gravidit ě, která op ět skon ěila mimod ěložn ě. Kvalitu života klientky poznamenala velká rána. Prožívala pocity b ěznad ěje, truchlení nad ztrátou budoucího života, pochybovala o kvalitách své žensk osti a trp ěla pocity mén ěcennosti. Vzniklá situace oba partnery ješt ěvíce p řimklak sob ě, a proto kvalita život av partnerské

oblasti zaznamenala posílení a vzájemnou oporu. V oblasti sociální velmi dobře fungovaly vztahy s partnerem a v rodině, kteří jí poskytli nejen psychickou oporu.

Šestá zlomová situace popisuje první embryotransfer. Zde je nutno zmínit i určitý tělesný diskomfort v souvislosti s asistovanou reprodukci, což klientka zmínila jen okrajově, ale zcela nepochybně byla ovlivněna psychosomatická oblast kvality života klientky. Přesto toto období hodnotila jako nejkrásnější. Tato zlomová situace pozitivně ovlivňovala míru kvality života ve všech obecně definovaných oblastech života. Narození toužebně očekávané dítě celou situaci jen podtrhovalo.

Sedmá zlomová situace zachycuje „živé vzpomínky“ na první porod a s ním spojené poporodní komplikace. Byla poznamenána tělesná oblast života klientky, což ovlivnilo rozhodování o dalším graviditě.

Osmá zlomová situace vypovídá o klidovém období. Postupem času pominuly problémy, klientka se cítila dobře jak psychicky, tak fyzicky a nastalo období spokojenosti. Byla naplněna duchovní stránka života, klientka měla procožít, životasi užívala společně s dcerou a manželem naplno. V této době fungovaly všechny obecné oblasti života ovlivňující kvalitu života zcela bez problémů. Mimo jiné klientka našla uspokojení své touhy dále vzdělávání, věnovala se také sportovním aktivitám.

Devátá zlomová situace popisuje zklamání z neúspěšného embryotransferu. V této fázi byla poznamenána kvalita života klientky psychickým trápením, nedostatkem empatie a sounáležitosti ze strany manžela. Partnerský život potkala krize a celou situaci komplikovala.

Desátá zlomová situace znamenala zklidnění. Partnerský vztah posiloval, nabýval na významu, což se velmi pozitivně odrazilo v psychické oblasti kvality života klientky. Sociální opora ze strany manžela a jeho rodičů se nemalou mírou podílely na celkové subjektivní duševní pohodě klientky. Rozhodnutí o dalším transferu provázela naděje a víra. Po toužebném očekávání přišla radost z narození zdravého syna. Oba manželé prožívali pocity neskutečného štěstí, které velkou měrou znamenalo celkovou hodnotu kvality života ve všech jeho oblastech.

5.8 Diskuze I

Před samotným započítím výzkumu jsem hledala v dostupných literaturách a také prostřednictvím internetových zdrojů podobnou výzkumnou práci týkající se kvality života žen po ektopických graviditách. Moje hledání bylo úspěšné, avšak tone znamená, že taková studie existuje. Bylo by zajímavé srovnání inspirativní další výzkumným cílům. V empirické části bakalářské práce jsem se snažila popsat a hodnotit kvalitu života po ektopických graviditách tak, jak jsem žila v čase. Formou narativního interview byla získána data, kterými jsem přiřazovala kódy, následně je roztrídila do kategorií a z nich vytvořila subkategorie. Analýzy rozhovorů objasňovaly situace a určovaly zlomové situace, které podstatnou měrou ovlivňovaly kvalitu života klientky. Předpokládané cíle byly splněny.

V první kategorii **„Primární rodina“** jsou popsány vztahy v rodině klientky i v rodině jejího partnera, které souvisí s dalším průběhem celého příběhu. Klientka neprožívala harmonické dětství a právě proto po odchodu z domova hledala způsob naplnění touhy po spokojeném rodinném životě. Matka klientky postrádalaiten nejmenší náznak mateřské lásky a dostávala svým jednáním dceru do situací, kterými jí nebylo úplně jednoduché si poradit. Pochopení, v čemounáru čaláskunachází u svého manžela, který stojí vždy při ní a spolu řeší vzniklé problémy. Překonávání krize partnera posiluje a vede ke zlepšování kvality života manželského soužití.

Období harmonického života vbyťě po babičce střídá období krizové, které klientka označuje jako zlomové **vztahové matce**.

Sostatní rodinou a příbuznými udržuje klientka stálý, v čemělý a častý styk a jsou jí rodinou v doslovném slova smyslu.

Vztahy s chýněmi a tchánymi mnohdy nebývají ideální, ale v případě mé klientky je ona sama označuje jako své rodiče a vztahy mezi nimi fungují bezvadně. Klientka si jich velmi váží především pro jejich velkou trpělivost, pochopení a empatii v těžkých obdobích, které prožívala.

Druhá kategorie **„Touha podílet se“** dokresluje situaci před šlého krizového období, kdy se partnerům nedá říkat o život v rodině a následných vyšetřeních vyplývají fakta sdělující nepotěšující závěry. Laboratorní vyšetření u klientky prokázalo vysokou hladinu prolaktinu, která byla důvodem nemožnosti otěhotnět a zároveň hodnoty spermioqramu manžela nevykazovaly dobré výsledky. Tato informace zasáhla partnera klientky velmi negativně ve smyslu totální

životní prohry. Těžce toneslap řestože obaprožívalistresatrápení, byli si vzáje mněoporou a snažili se vše spolu překonávat. Toto období mělo neblahý psychický dopad na kvalitu života obou partnerů.

Mezitím byli donuceni se stěhovat z města na vesnici, kde manžel dostavuje dům pro jejich společný život. Uklientky dominuje absolutní nechuť stěhovat se na vesnici. Je zvyklá žít v městečce, kde se narodila, má zde hodně přátel, známých..

Po čase k překvapení obou zjistili, že je klientka těhotná. Manžel dojetím plakal, byli nadšení, šťastní. Ale radost vystřídal zklamání, když se zjistilo, že těhotenství je mimoděložní, uložené ve vejcovodu. Následovala laparoskopická operace, při které byl klientce **odebrán vejcovod** a další šance na otěhotnění byla poloviční.

Byla to další zlomová situace, která poznamenala klientčinu psychiku. Po návratu z nemocnice zůstala klientka ještě dlouho doma. Nechtěla se nikým vidět, potkat, vysvětlovat. Procházela se sama po okolí, stále jen plakala, nemohla se z toho stavu dostat. Velmi těžce nesla návštěvy příbuzných, zejména smalými dětmi. Nebyla schopná se s nimi pomazlit, měla s oběma pocitkyřivdy a ublížení, které jí velmi mizraňovalo.

Časem se psychický stav klientky zlepšoval, manžel jí byl stále pevnou oporou. Po operaci byli oba poučením o nutnosti časového odstupu od dalšího těhotenství, a lékařka řádně sebalia během dvou měsíců klientka zjistila, že je opět těhotná. Jenže situace se opakovala, opět se jednalo o **těhotenství mimoděložní**. Oběma partnerům se zhroutil svět. Život pro ně byl jak na houpačce jednou nahore, pak zase dole. Klientka prožívala stavy deprese a smutku. Jak sama říkala, v tomto období jí bylo nejstrašnější. Cítila se méněcenná a měla pocit, že už není ženou a pořád jen dokola přemýšlela, co budou dělat. Jen díky podpoře a povzbuzování partnera začala celou situaci brát trochu reálněji a rozhodli se pro možnost umělého oplodnění. Zároveň však byli oba frustrováni faktem, že manželovy hodnoty spermioqramu nevyšly nejlépe. V centru asistované reprodukce v rozhovoru s lékařem však nabyli přesvědčení o nadějném řešení jejich problému.

Třetí kategorie „**Naděje**“ už vnázvu skýtá cosi optimistického, jiskru, která analévá život do žil.

Před samotným embryotransferem klientka procházela procedurami příprav, jejichž součástí byl i odběr manželových spermií k následnému vyšetření. Jaké bylo překvapení, když se dozvěděli, že výsledky spermioqramu vyšly úplně fantasticky. Toto zjištění konečně povzneslo partnerovo sebevědomí. Klientka byla velmi nadšená, protože možnost

darovaných spermií nechávala jako nouzovou, s ohledem na psychiku a citové prožívání manžela.

Ubezpečení lékaře, že je klientka zdravá a má co oni potřebují, tj. dělohu a vaječníky a povědomí o bezvadnosti manželových spermií jí dodávalo optimismu a víru ve zdar celého výkonu. V této chvíli zapomíná na všechna ta trápení a soustřeďuje se jen na úspěšné očekávání **vyněného těhotenství**. Vysněný sen splnila jak klientka sama říkala, slovy setý nádherné pocity popsat nedaly. Byl to tonejkrásnější, což jí život špotkalo, tedy oboje. V rozhovoru došlo i na sexuální oblast partnerů. Sexuální aktivita provází člověka prakticky po celý život a není důvod, aby se jí v těhotenství vzdával. Výjimkou je těhotenství rizikové, proto bývá doporučována sexuální abstinence nebo využití alternativních způsobů. Je zapotřebí na partnera nezapomínat, i když svou touhu přirozeně utlumí, je zřejmé, že to nebude mít jednoduché. Partnerský vztah je potřeba opatrně vyvíjet.

Čtvrtá kategorie „**Rozhodování**“ vsobě skrývá živé vzpomínky na **komplikovaný porod dcery**. Zkušenosti ze samotného porodu a následných fyzických nesnesitelných zážitků v době poporodní klientku na delší čas odrazovaly od myšlenky pokračovat dál s dítětem. Po čase, kdy už se cítila být fit, sice začala život uživat naplno. Chtěla si všechno vynahradit, všechno stihnout, věnovat se naplno své dceři a žít krásný rodinný život. Konečně došlo k naplnění ideálů. Jezdili společně s manželem a dcerou na dovolenou, prožívali spolu velice aktivní život. Dcera vyrůstala v prostředí harmonie a lásky obou rodičů, což jí také velmi pozitivně ovlivňovalo. Malá dětská dušička to oplácela rodičům tím, že z jejich domku udělala ten pravý domov.

Nadešel čas rozhodnout se pro dalšího potomka. Aby klientka a manžel přežili, zařizovalasamavšepotřebné k dalšímu embryotransferu. Embryo bylo zamražené tři lety časů už moc nezbývalo. Termín měl domluvený nazáří. Mohlo by to být idráve, ale protože nechtěladce řídit prázdninové aktivity, rozhodla se tedy až poprázdnicích. Věděla, že pak budemusetbýt naseopatrná. Manžel chtěl klientku přežít, proto muneřeklaničdřív, až před transferem. On už si začínal pomalu myslet, že zůstanou u jednoho dítěte. Byl proto velice radostně přežít, aby se oboje cítili.

Přišel další zlom, instalovaná embrya se nevyvíjela a došlo k **potratu**. Klientka hledala důvody a říkala, že si to přiroda asi zařídila sama, že to těhotenství nebylo v pořádku, proto nevydrželo. Svou roli určitě sehrála také hektičnost tohoto období. Dostavba podkroví jejich domu, nástup na studium magisterského programu, každý den odvoz dcery do města do školky, odpoledně příchod, učením... starostí bylo moc.

Opět se oba partneré ocitli v situaci truchlení nad ztrátou budoucího života. Manžel hledal únik ve své práci a o situaci nechtěl mluvit. Naopak klientka potřebovala někoho, s přízněnou duší, která by ji třeba jen vyslechla, u které by se mohla vyplakat. Truchlení je přirozená reakce potřebná, aby se člověk se ztrátou vyrovnal tak, že se sní smíří. Psychologická podpora je nutná, aby člověk tento fakt překonal. Každý člověk má své zakódované jakési mechanismy, které používá, když mu není nejlépe. Klientka to řešila sportovní aktivitou, chodila běhat. Sama říká, že by si kolikrát mohla vyběhat duši z těla, vypotit to, vyplavit všechno to škodlivé z těla ven. Velmi jí to pomáhalo a pomáhá při řešení všech možných problémů.

Pátá kategorie „**Životní kontinuita**“ popisuje pocity klientky po nezdařeném embryotransferu. Hektické období, které předcházelo, se stabilizovalo. Konečně byla dokončena dostavba podkroví, zimní semestr ve škole byl zvládnut a kédobře život klientky se dostal do správného tempa. Nastalo období klidnější. Manžel přehodnotil svůj volný čas a čas společný, začal se klientce více věnovat. Zjistil, že nemusí jen stále pracovat na zahradě a doma, ikdyž dceratakově pracemiluje, ale je i potřeba, aby v dětské hlavě dašiz ustály jiné vzpomínky. A to se povedlo.

V té době se manželé domlouvají nadalším embryotransferu. Vše proběhlo bez problémů velké radosti obou. Avšak celé těhotenství probíhalo úplně jinak. Klientku od samého začátku provázela ranní nevolnost a také musela být hospitalizována z důvodu slabého krvácení v prvním trimestru. Další průběh těhotenství již byl bez problémů.

Po toužebném a dlouhém očekávání se manželům **narodil syn**. Prožívali spolu pocit neskutečné štěstí.

Chtěla bych ještě zmínit **ekonomický dopad**, který asistovaná reprodukce představuje. Klientka uvádí, že peníze problém neměly. Manžel pracuje jako inženýr a má dobrou placenou práci, proto pokud měli na výběr, volili zlepších preparátů a metod analýz, aby si rádi připlatili. Jejich uhrazená částka se v té době pohybovala okolo 25 tisíc korun.

Klienti zdravotních pojišťoven mají nárok celkem na tři cykly mimotělního oplodnění s transferem embryí. Pojišťovna hradí léky na stimulaci vaječnic, základní výkony spojené s odběrem, oplodněním oocytů. Pokud v některém z prvních tří cyklů nedošlo k přenosu embryí do dělohy, hradí pojišťovna ještě čtvrtý cyklus v čteněléků. Cena jednoho uzavřeného cyklu IVF se pro samoplátce pohybuje mezi 26 – 35 000 Kč. Nekompletní cyklus IVF přerušovaný před punkcí vaječnicku stojí 990 Kč, cyklus přerušovaný po punkci vaječnicku

vpřípadě, že vajíčka nebyla ziskána stojí 7900 Kč. Zacyklus, ve kterém nedošlo k oplodnění vajíčka se platí 11600 Kč.

Při hodnocení výsledků dotazníku SEIQoL jsem došla k závěrům, že celková míra spokojenosti klientky se životem serovná 80.

Na úsečce parametry „jetotakšpatné, jakjetojenmožné“ a „jetotakdobré, jakjeto dobrém užebýt“ klientka označila čarou, kde leží výše její spokojenost se životem. Výsledek ukázal hodnotu 95%.

Při porovnávání výsledků v dotazníku SEIQoL a analýzy životního příběhu klientky nalézám podobnost v některých případech shodu v subjektivním hodnocení vlastního života klientky. Dopopředívystupuje zejména důležitost spokojeného rodinného života (manželství, láska, porozumění, péče, starosti o druhého, vzájemná pohoda) a význam zděraví, jeho udržování a zlepšování u obou partnerů a později celé rodiny. Výsledné hodnoty v dotazníku jen podtrhují úsilí vynákládané k spokojenosti v životě v popisovaném životním příběhu.

6EMPIRICKÝVÝZKUMII.

STATISTICKÝ PŘEHLED VÝSKYTU, PŘÍČIN A ŘEŠENÍ GEU NA GYNEKOLOGICKO – PORODNICKÉM ODDĚLENÍ MĚSTSKÉ NEMOCNICE VLITOM ĚŘICÍCH

V rámci empirické části bakalářské práce uvádím statistický přehled výskytu, příčin a řešení případů mimoděložních těhotenství. Informace jsem získala ze zdravotnické dokumentace, operačních knih a protokolů z let 2006–2009.

Před zápočetím výzkumu jsem podala žádost provádění výzkumu a možnost přístupu ke zdravotnické dokumentaci řediteli Městské nemocnice v Litoměřicích, náměstkyni pro ošetrovatelskou péči a vedoucímu lékaři gynekologicko – porodnického oddělení Městské nemocnice v Litoměřicích. Žádost byla všemi potvrzena. (viz příloha č.2)

6.1 Cíle výzkumu II.

- ✓ Vyhodnotit počet klientek operovaných pro GEU, lokalizaci mimoděložního těhotenství, operační řešení.
- ✓ Provést rozbor příčin a rizikových faktorů.
- ✓ Uvést paritu klientek.
- ✓ Předložit statistický přehled věkové složení klientek.
- ✓ Porovnat a hodnotit získaná data mezi jednotlivými obdobími.

6.2 Metod výzkumu II.

K provedení statistického přehledu výskytu, příčin a řešení mimoděložních těhotenství jsem zvolila jednu ze základních metod kvantitativního přístupu - metodu statistického šetření, v jehož průběhu budou vypočítávány statistické charakteristiky a v průběhu analýzy zhodnocováno potvrzení, či vyvrácení hypotéz.

Samotný výzkum spočíval nejprve ve vyhledání konkrétních případů GEU v operačních knihách v letech 2006–2009 a sepsání seznamu klientek.

V archivu gynekologicko – porodnického oddělení Městské nemocnice v Litoměřicích je uložena dokumentace všech hospitalizovaných pacientek z anamnéz. Bylo nutné podle

čísle chorobopisu vyhledat zdravotnickou dokumentaci klientek, u kterých byla provedena operace z důvodu mimoděložního těhotenství. Po pečlivém prostudování zdravotnické dokumentace každé klientky jsem pečlivě stoupla provedení zápisů poznámek a dat nutných k pozdějšímu zpracování. Sběr dat probíhal od srpna do prosince loňského roku, poté jsem vytvořila písemný přehled za každý jednotlivý kalendářní rok a nakonec jsem porovnávala získané údaje mezi jednotlivými obdobími.

6.3 Výsledky výzkumu II. a její analýza

6.3.1 Rok 2006

- ✓ Celkový počet operantek: 14
- ✓ Lokalizace GEU: 1) GEU tubarius – 13x (v 6 případech vpravo, v 7 vlevo)
2) GEU cornualis – 1x
- ✓ Léčba: laparoskopická salpingektomie (odstranění vejcovodu včetně GEU). Naše pracoviště, tak jako většina jiných, upřednostňuje salpingektomii, protože ponechání již jednou postiženého vejcovodu představuje riziko opakování mimoděložního těhotenství. Tubární gravidita lokalizovaná vlevo byla a ve dvou případech komplikovaná přítomností ovariální cisty, která byla v jednom případě ošetřena punkcí a v druhém případě nukleací dané cisty. Po ukončení laparoskopické části se provádí instrumentální revize dutiny děložní.
V případě kornuální gravidity se laparoskopická operace konvertovala a laparotomickou cestou byla provedena salpingektomie následnou resekcí rohu děložního a suturou této části dělohy. Jedná se o výkon komplikovaný, který je zatížený krvácením. Po ukončení laparotomické operace byla provedena instrumentální revize dutiny děložní.
- ✓ V 5 případech bylo nutné u pacientek provést rozrušení blanitých srůstů v pánevní oblasti.
- ✓ Ve 2 případech byla předchozí těhotenství zaznamenána vrozená vývojová vada (Morbus Down).

Tab.9Příčiny GEU, rizikové faktory (2006)

| Příčiny, rizikové faktory | Počet pacientek |
|------------------------------|-----------------|
| Děložní myom | 2 |
| Pánevní zánětlivá onemocnění | 5 |
| Srůstvy pánevní oblasti | 5 |
| Endometrióza | 4 |
| Pánevní břišní chirurgie | 6 |
| Nikotinismus | 1 |

Příčiny GEU jsou různorodé, na vysoké incidenci se podílejí zejména záněty gynekologické etiologie a pánevní zánětlivá onemocnění, které způsobují mnohočetné srůsty v pánevní oblasti. V uvedeném přehledu je patrné, že se teorie potvrzuje. Výskyt endometriózy je také jednou z příčin abnormální nidace oplozeného vajíčka. Nemažeme navýskytu GEU podílí operace zánětlivých onemocnění v malé pánevi. V tomto případě se jednalo 4x o laparoskopicky prováděnou appendectomii, 1x laparoskopickou cholecystectomii a v 1 případě o laparotomii z důvodu konverze u GEU cornualis. Kouření cigaret je také jedním z rizikových faktorů, kde můžeme sledovat možnost ovlivnění imunitních procesů s predispozicí pánevní zánětlivým procesům, vyplývajících ze studií. Kouření zasahuje do produkce pohlavních hormonů, které řídí vlastní proces fertilizace. V našem případě šlo o jednu klientku, která byla označena personálem za velmi neukázněnou vzhledem k jejímu chování a porušování zákazů kouření během hospitalizace.

Tab.10 Počet předchozích porodů klientek (2006)

| Počet těhotenství | Počet klientek |
|-------------------|----------------|
| Nullipary | 3 |
| Primipary | 7 |
| Sekundipary | 4 |

Tab.11 Věkové rozložení klientek (2006)

| Věk | 26 | 29 | 31 | 32 | 33 | 35 | 40 | 42 | |
|----------------|----|----|----|----|----|----|----|----|--|
| Počet klientek | 3 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | |

Jedním z rizik GEU je i vyšší výskyt prvních gravidit klientky. V případě nullipar se 1x jednalo o 26-letou klientku a ve dvou případech bylo klientkám 29 let. U ostatních klientek šlo o matky s jedním nebo dvěma dětmi.

6.3.2 Rok 2007

- ✓ Celkový počet operací: 13
- ✓ Lokalizace GEU: GEU tubarius – 13x (6x vpravo, 7x vlevo)
- ✓ Léčba: laparoskopická salpingektomie ve všech případech, spojená následnou instrumentální revizí dutiny děložní. U klientky, která měla lokalizovanou graviditu v pravé tubě, byla ošetřena ovariální cista antilaterálně metodou enukleace. Stejná situace nastala u jiné klientky s lokalizací mimo děložní těhotenství v levé tubě. U této klientky byla provedena punkce ovariální cisty.

Tab. 12 Příčiny GEU, rizikové faktory (2007)

| Příčiny, rizikové faktory | Počet pacientek |
|------------------------------|-----------------|
| Děložní myom | 1 |
| Pánevní zánětlivá onemocnění | 5 |
| Srůstvy páněvní oblasti | 4 |
| Endometrióza | 2 |
| Pánevní břišní chirurgie | 7 |
| Obezita | 2 |
| Předchozí GEU v anamnéze | 2 |

Z toho patrně zřejmé, že se opětně potvrzuje orientace k častějším příčinám mimo děložní těhotenství – záněty páněvní oblasti a záněty gynekologické etiologie. Rovněž je zde zaznamenán vyšší výskyt v souvislosti s prováděnými chirurgickými výkony. S tím souvisí výskyt adhezí v malé pánvi.

Statistické údaje vykazují riziko opakování GEU, nadruhé straně ve 40% po spontánním otěhotnění a v 6% po IVF. Dvěma pacientkám byla v předchozím těhotenství provedena laparoskopická salpingektomie a obě podruhé otěhotněly spontánně po jednom mimo děložně.

Jedním z rizik, které souvisí sektopickou graviditou je obezita. Výskyt obezity je varující a je jedním z vysoce rizikových porodnických faktorů. V přehledu jsou uvedeny dvě pacientky, z toho jedna označovaná jako obezita magna.

Tab.13 Počet předchozích porodů klientek (2007)

| Počet těhotenství | Počet klientek |
|-------------------|----------------|
| nullipary | 3 |
| primipary | 7 |
| sekundipary | 3 |

Tab.14 Věkové rozložení klientek (2007)

| Věk | 21 | 24 | 25 | 26 | 29 | 30 | 32 | 33 | 34 | 38 | 39 | 40 | |
|----------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|
| Počet klientek | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | |

Klientky nullipary měly 21, 30 a 33 let. V případě 21-leté klientky se jednalo o oligomenoreu, poruchu rytmu menstruačního krvácení, kdy intervaly mezi jednotlivými cykly byly delší, než 35 dnů. Tato porucha je způsobena hormonální nerovnováhou a musí se medikamentózně řešit. Zároveň bylo partnerem provedeno spermioqram. V obou dalších případech mohl sehrát svojí úlohu věk, který mohl být příčinou mimoděložního těhotenství. Jiné údaje nebyly z dostupných materiálů zřejmé.

6.3.3 Rok 2008

- ✓ Celkový počet operantek: 22
- ✓ Lokalizace GEU: 1) GEU tubarius - 21x (13x vpravo, 8x vlevo)
2) GEU ovarica - 1x
- ✓ Léčba: všechna tubární těhotenství byla ošetřena laparoskopickou salpingektomií následnou instrumentální revizí dutiny děložní. Ve dvou případech levostranného tubárního těhotenství se vyskytovala na stejné straně ovariální cista, která byla ošetřena punkcí.
- ✓ Ovariální těhotenství bylo řešeno laparotomicky po předchozí diagnostické laparoskopii. Byla provedena ovariectomie.

- ✓ Srůsty vpánevní oblasti mohou způsobovat problémy sprůchodností vejcovodu zduvodujehozúženínebozjizvení.Srůstybylonutnérozrušovatu10klientek.
- ✓ Ve4případechbyloGEUzaznamenánovpředchozígraviditě(„opakovánínadruhé straně“).Vevšechpřípadechpodruhéotěhotnělymimoděložníspontánně.
- ✓ Zavedené nitroděložní antikoncepční tělísko sice samo nezpůsobuje mimoděložní těhotenství, ale brání usazení plodového vejce v děloze, takže vzniklé těhotenství se mnohem pravděpodobněji usadí mimodělohu.Vtomtopřípaděšlojednuklientku, kteráotěhotnělapřizavedenémIUD(*IntraUterineDevice*).

Tab.15PříčinyGEU,rizikovéfaktory(2008)

| Příčiny,rizikovéfaktory | Početpacientek |
|--------------------------------|-----------------------|
| Děložnímyom | 1 |
| Pánevnízáňtliváonemocnění | 8 |
| Srůstypánevníoblasti | 10 |
| Endometrióza | 2 |
| Pánevníbřišníchirurgie | 11 |
| Nikotinismus | 4 |
| Obezita | 2 |
| PředchozíGEUvanamnéze | 4 |

Patologický stav vejcovodu v důsledku infekce nebo dřívějšího chirurgického zákroku zcela nepochybně vedl ke vzniku srůstů, které jsou příčinou mimoděložního těhotenství. Počty případů uvedených v tabulce potvrzují dané teorie. Záňtlivé onemocnění je jednou z hlavních příčin mimoděložního těhotenství a nejčastějším původcem bývá Chlamydia trachomatis gonokoková infekce.

Těhotenství a kouření se neslučují. Vlivem kouření se snižuje schopnost matky přijít do jiného stavu, což platí i v případě umělého početí a zvyšuje se pravděpodobnost mimoděložního těhotenství a spontánních potratů. I v tomto případě je zřejmé, že počet matekku ráčekstoupá.

Obezita je jedním z podceňovaných rizikových faktorů, které zapříčiňují jednak neschopnost otěhotnění a také je často důsledkem ektopické gravidity. Obě dvě uvedené pacientky byly nullipary a jejich obezita byla označena jako obesitas magna a velmi pravděpodobnězpůsobilajejichzdravotníproblém.

Tab.16 Počet předchozích porodů klientek (2008)

| Počet těhotenství | Počet klientek |
|-------------------|----------------|
| nullipary | 8 |
| 1 dítě | 8 |
| 2 děti | 3 |
| 3 děti | 2 |

Tab.17 Věkové rozložení klientek (2008)

| Věk | 19 | 20 | 21 | 23 | 25 | 28 | 29 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | | |
|----------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|--|
| Počet klientek | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | | |

Vyšší věk první gravidity byl zaznamenán u tří klientek, které ještě nerodily (28, 29 a 32 let), ostatní klientky nullipary se pohybovaly ve věku mezi 20 a 23 lety.

Klientka tercipara měla diagnostikované mimoděložní těhotenství po zavedení nitroděložního tělíska, které bylo odpovědné za vzniklý stav.

6.3.4 Rok 2009

- ✓ Celkový počet klientek: 18
- ✓ Lokalizace GEU: GEU tubarius – 18x (7x vpravo, 11x vlevo)
- ✓ Léčba: laparoskopická salpingektomie ve všech případech následnou instrumentální revizí dutiny děložní.
- ✓ V 1 případě došlo k uhnízdění oplodněného vejce ve vejcovodu po předchozí IVF a ET (in vitro fertilizace embryotransfer) – mimoděložní oplodnění a embryotransfer do dutiny děložní. Ženy podstupující asistovanou reprodukci mají zvýšené riziko mimoděložníhotěhotenství, zejména při časné porušefunkce vejcovodů. Pacientka byla navíc zatížena opakovanými gynekologickými záněty a v průběhu operace čího zákroku bylo nutné rozrušení četných blanitých adhezí v pánevní oblasti.
- ✓ Vyskytovala se také jedna klientka s předchozím mimoděložním těhotenstvím v anamnéze.

Tab.18PříčinyGEUrizikovéfaktory(2009)

| Příčiny, rizikové faktory | Počet pacientek |
|----------------------------------|------------------------|
| Děložní myom | 1 |
| Pánevní zánětlivá onemocnění | 12 |
| Srůstvy pánvevní oblasti | 9 |
| Pánevní břišní chirurgie | 10 |
| Předchozí GEU v anamnéze | 1 |
| Nikotinismus | 7 |
| Obezita | 1 |
| GEU po IVF | 1 |

Z uvedených dat je patrná souvislost mezi zánětlivými onemocněními, adhezivní pánvevní oblasti a prováděnými chirurgickými výkony. Adheziolýza byla provedena u poloviny pacientek, z toho ve všech případech řistouplilékařikrozrušování mnohých pánvevních srůstů, které komplikovaly řístup k mimoděložní graviditě.

Nikotinismus velkou měrou přispívá k výskytu mimoděložního těhotenství a z tohoto přehledu je patrná existence stoupajícího výskytu matekkuřáček.

Tab.19 Počet předchozích porodů klientek (2009)

| Počet těhotenství | Počet klientek |
|--------------------------|-----------------------|
| nullipary | 5 |
| primipary | 9 |
| sekundipary | 2 |
| tercipary | 1 |
| kvadripary | 1 |

Tab.20 Věkové rozložení klientek (2009)

| Věk | 20 | 24 | 25 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 38 | |
|-----------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|
| Počet klientek | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | 4 | 1 | 1 | 1 | |

První gravidita byla zaznamenána u klientky ve věku 20, 25, 28 a 34 let. Nedá se s jistotou určit, že by v těchto případech byl věk rozhodujícím rizikovým faktorem. V další analýze je u těchto žen prokázán častý výskyt závažných onemocnění reprodukčních orgánů a chirurgické výkony malého a středního věku.

Zvláštní pozornost upoutává 36-letá klientka, která již porodila 4 děti a kromě toho podstoupila 4 umělé přerušování těhotenství. Poslední gravidita byla mimoděložní. Je otázkou, co bylo příčinou. V dalším rozboru tohoto případu se mezi rizikovými faktory objevily časté gynekologické zácpy, srůstky v oblasti adnex (děložních přívesků) a kouření cigaret.

6.4 Diskuze II

Porovnání výsledků výzkumů v letech 2006–2009

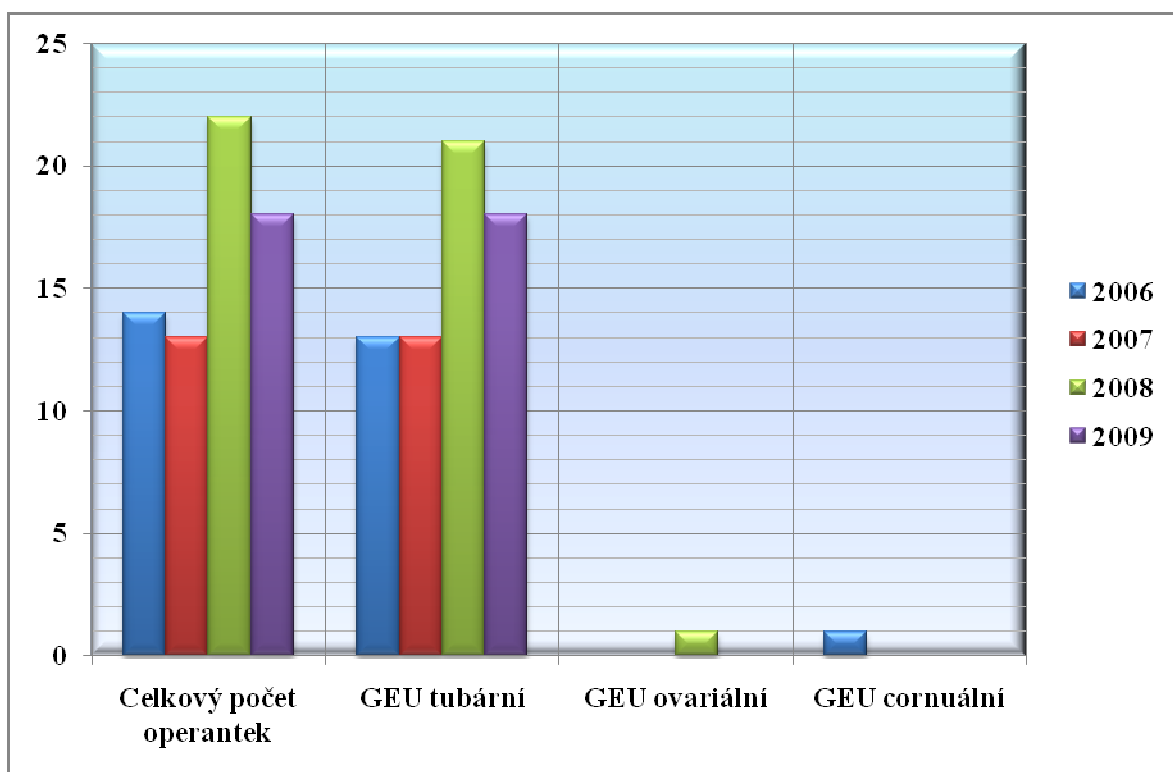
V následující přehledné tabulce jsou uvedena čísla, která charakterizují jednotlivá výzkumná šetření.

Tab.21 Porovnání výsledků výzkumů v letech 2006–2009

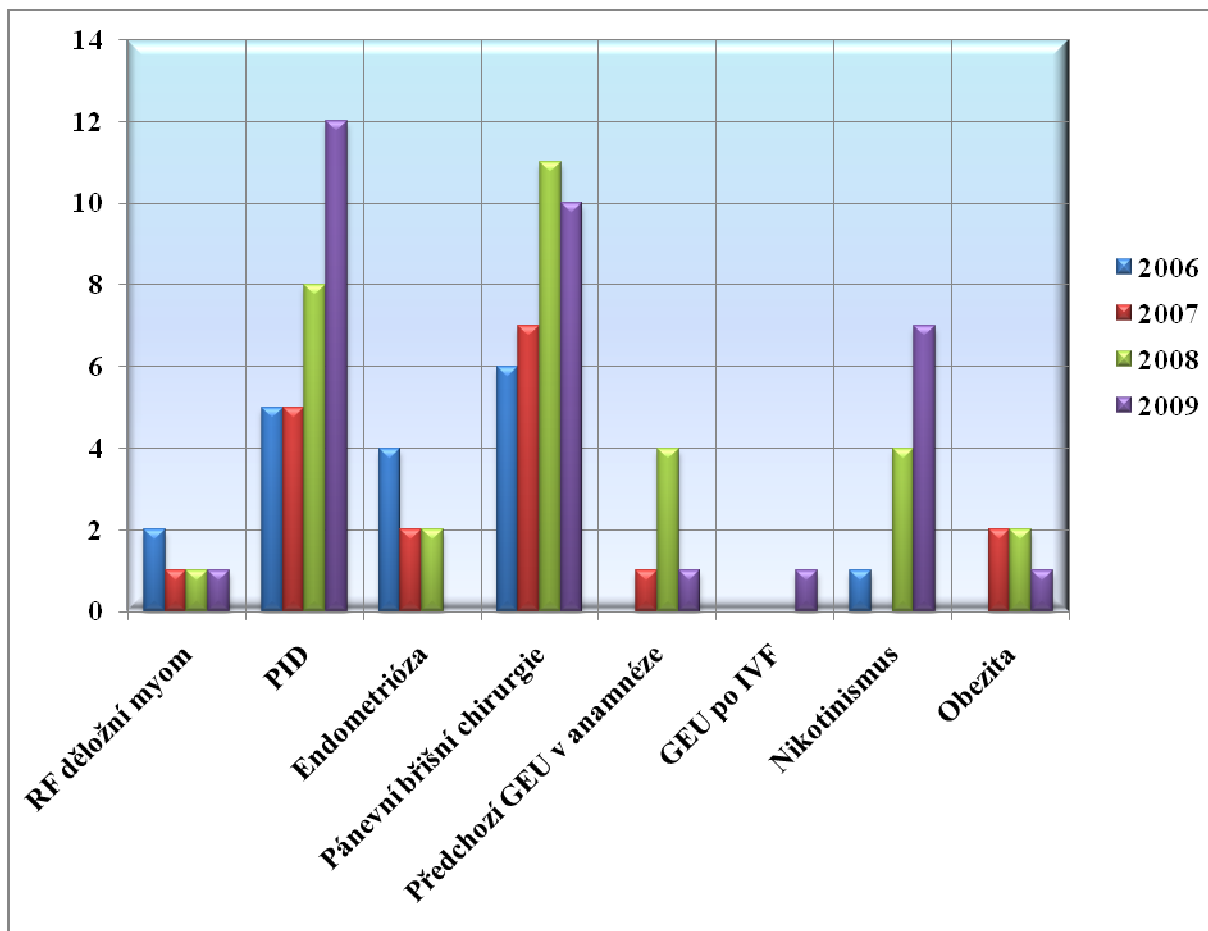
| | r.2006 | r.2007 | r.2008 | r.2009 |
|---------------------------------|--------|--------|--------|--------|
| Celkový počet operantek | 14 | 13 | 22 | 18 |
| GEU tubární | 13 | 13 | 21 | 18 |
| GEU ovariální | – | – | 1 | – |
| GEU cornuální | 1 | – | – | – |
| RF děložní myom | 2 | 1 | 1 | 1 |
| PID | 5 | 5 | 8 | 12 |
| Endometrióza | 4 | 2 | 2 | – |
| Pánevní břišní chirurgie | 6 | 7 | 11 | 10 |
| Předchozí GEU vanamnéze | – | 1 | 4 | 1 |
| GEU po IVF | – | – | – | 1 |
| Nikotinismus | 1 | – | 4 | 7 |
| Obezita | – | 2 | 2 | 1 |

Příběh klientky sektopickou graviditou jsem doplnila o statistický pohled výskytu, příčin a řešení GEU na gynekologicko–porodnickém oddělení Městské nemocnice v Litoměřicích za poslední čtyři roky.

Metodou statistického šetření jsem z dostupné archivované zdravotnické dokumentace sbírala data, která jsem analyzovala a jejich charakteristiky uváděla v pohledech za jednotlivé roky. Následně jsem data porovnávala a došlo k několika závěrům. Stanovené cíle ve II. části empirické části byly splněny.



Graf 1 Pohled po čtu operací GEU a uložení ectopické gravidity v letech 2006-2009



Graf 2 P řehledp říčinarizikovýchfaktor ůmimod ěložníchgraviditvletech2006–2009

✓ Celkový počet operantek

Z celkového pohledu v grafu č. 1 vyplývá, že výskyt mimod ěložní gravidity má stoupající tendenci do roku 2008 a v dalším roce dochází k mírnému poklesu. Podle údaj ů Českého statistického ú řadu bylo v roce 2007 ukon ěeno 1,4 tisíce mimod ěložních t ěhotenství, v 1. pololetí roku 2009 bylo zaznamenáno ukon ěení 645 ektopických gravidit a poslední dostupné údaje hovo ří pouze o výkázání menšího množství ukon ěení GEU.

✓ Lokalizace mimod ěložního t ěhotenství

Lokalizace mimod ěložního t ěhotenství ve vejcovodu je udávána za nej ěastější. Statistika vykazuje tuto lokalizaci v 95 – 97%. Výsledky výzkumu tuto hypotézu potvrzují. P řípady ektopického t ěhotenství na vaje ěníku nebo na nep říznivém místě d ělohy, v našem p řípadě kornuální gravidita, jsou velmi vzácné. Tato abnorm ální nidace vejce kon ěí obvykle rupturou

srozsáhlým profúzním nitrobřišním krvácením. Stav byl řešen resekci děložního rohu a následnou suturou.

Laparoskopickou salpingektomii provádíme v celkové anestezii, ve většině případů jde o nekomplikovaný výkon s malou krvavou ztrátou, který trvá zhruba 45 minut.

✓ Příčiny, rizikové faktory

Výskyt děložní myomatózy komplikuje úspěšné uhnízdění oplozeného vajíčka v děloze. Myomy dělohy jsou zhoubnými nádory, mají expanzivní růsta a často deformují tvrdě dělohy. Jsou dány do souvislosti s poruchami plodnosti a řadou komplikací těhotenství. Můžou vést ke zhoršené možnosti embrya usídlit se v dutině děložní a mohou být příčinou opakovaných potratů.

Časté a chronické gynekologické záněty, pánevní infekce, endometrióza, chirurgické ošetření vejcovodů a jiné chirurgické výkony představují rizikové faktory v souvislosti s ektopickou graviditou. Vejcovody sestávají z důsledku zánětu neprůchodnýmiprooplozené vajíčko a v důsledku toho dochází k abnormálnímu nídacím.

V grafu č. 2 je možno posoudit stoupající incidenci zánětlivých procesů, které mají vliv na tvorbu srůstů v pánevní oblasti. K tomu přispívají i chirurgické výkony, které klientky podstupují.

Riziko opakování mimoděložního těhotenství, na druhé straně je popisováno ve 40% po spontánním otěhotnění a ve 6% po umělé oplodnění. V roce 2007 došlo k mimoděložnímu těhotenství po spontánním otěhotnění u dvou klientek a v roce 2008 u čtyř klientek, opět spontánně. V roce 2009 se vyskytla ektopická gravidita u klientky po umělé otěhotnění a embryotransferu.

Nutno zmínit i obezitu jako jeden z rizikových faktorů. Bývá příčinou jednak nemožnosti otěhotnět a často také příčinou ektopické gravidity. Během čtyř let bylo zaznamenáno pět pacientek, jejichž obezita byla označena jako obesitas magna.

Vyšší věk prvního těhotenství přispívá k zvýšené incidenci mimoděložního těhotenství. Se stoupajícím věkem klesá porodnost a stárnutí reprodukčního systému hraje klíčovou roli v ženské neplodnosti. Mezi rizika, která přispívají k těhotenství ve vyšším věku, patří spontánní potraty, jejichž riziko stoupá v souvislosti s věkem, ektopická těhotenství a v neposlední řadě stoupá riziko úmrtí v souvislosti s těhotenstvím a porodem.

Kouření je jednoznačně považováno za negativní prvek životosprávy ženy. Přestatkou řítko je asi těžké, ale závažnější faktorem, že některé maminky přestatkou řítko nechávají. Těhotenství a kouření se neslučují. Vlivem kouření se snižuje schopnost matky přejít do jiného stavu a

zvyšuje se pravděpodobnost GEU a spontánních potratů. Můžeme sledovat možnost vlivuění imunitních procesů s predispozicí k pánevními infekcím. V uvedeném pohledu je možné si všimnout stoupající tendence nárůstu počtu matek kuřáček. Data jsou získána ze zdravotnické dokumentace, tak jak bylo řízeno řízením sepisování anamnézy, je tedy otázkou, zda-li tento fakt uvedly všechny klientky popravdě.

ZÁVĚR

V teoretické části bakalářské práce stručně popisuji problematiku mimoděložního těhotenství. Objasňuji příčiny vzniku, jeho lokalizaci a terapeutické možnosti. Dále shrnuji dosavadní informace o metodách asistované reprodukce a ošetřovatelském procesu o pacientky s GEU v době předoperační, intraoperační a pooperační. V samém závěru teoretické části se zabývám objasněním pojmu kvality života, jak se měří kvalita života a také zmiňuji změny v kvalitě života, ke kterým v různých situacích dochází.

Mateřství je považováno za samozřejmou součástí životních plánů. Ženy, které děti chtějí, ale mají problém s plodností, uvádějí mnohonožné příjmy psychologických pocitů. Cítí bezmoc, bez naděje, pocit viny a dochází u nich k podceňování vlastní osobnosti a ženskosti. Při opakovaných neúspěších se nejčastěji páry upínají k metodám asistované reprodukce. V každém případě umělé oplodnění znamená zásah do osobního a partnerského života a současně omezení předchozích aktivit ženy. Nedílnou součástí je značný psychologický a fyzický dopad, který se může projevit jako důsledek snížené nebo změněné kvality života obou partnerů.

Empirická část se skládá ze dvou výzkumů. V první části jsem si kládla za cíl popsat a zhodnotit kvalitu života klientky po ektopických graviditách následným řešením dalšího těhotenství způsobem in vitro fertilizace a určit zlomové situace ovlivňující kvalitu a míru odolnosti ženy po opakovaných mimoděložních těhotenstvích tak, jak se měnily v čase. Metodou kvalitativního výzkumu prostřednictvím narativního interview s klientkou byl vytvořen příběh. Celé vyprávění jsem postupně několikrát pročetla, otevřeným kódováním a následným slučováním jednotlivých kódů do kategorií jsem dospěla k základním příběhovým kategoriím s jednotlivými subkategoriemi.

Popsala jsem životní příběh klientky, v kterém podrobně líčí svou životní cestu za vytvořením dítěte. Nebyla to cesta jednoduchá. Úvodem bylo nutné zmínit psychosociální stránku, která se prolíná dalším dějem. Vztahy v rodině klientky, zejména se svojí matkou ovlivnily klientku na celý život. I když se snaží na to nemyslet, žije s tím. Dodnes pociťuje zklamání a nosí ho s sebou, nemůže zapomenout. Negativní vztah s matkou označuje zajednu ze zlomových situací ve svém životě. Smysl života nachází ve společném životě se svým partnerem. Velikou oporou jsou jí její ostatní příbuzní, kterými udržuje stálé a upřímné vztahy a také manželovy rodiče, kteří jsou pro ni velkou sociální oporou. Nucenost hovoření zjištěný fakt o neplodnosti klientky završilo zjištění nepříznivých výsledků manželova spermioqramu. Toto období mělo neblahý psychologický dopad na kvalitu života obou partnerů.

Trápení po čase vystřídala radost z nečekaného početí. A ne trvala dlouho, neboť se ukázalo, že jde o těhotenství mimo dělohu. Po operaci zůstala klientka delší dobu doma, nechťela nikoho vidět, snikým mluvit. Prožívala psychické trauma a trvalo dlouho, než došlo ke zlepšení stavu. Byl to další zlomová situace, která upoznamenala klientku činu psychiku. Po čase zjistila, že je opět těhotná, ale situace se opakovala tentokrát ve druhém vejcovodu. V tomto období jí bylo nejstrašnější, jak sama říká. Cítila se méně cenná, po prvním GEU měla pocit, že její půl po druhém, žene ní ženou. Jendíky podpoře a povzbuzování partnera začal brát celou situaci reálněji a rozhodl se pro umělé oplodnění. V centru asistované reprodukce navíc zjistili, že výsledky spermioqramu tentokrát vyšly úplně bezvadně, což konečně pozvedlo i manželovo sebevědomí. Klientka byla připravena podstoupit výkon spocitem optimismu a víry v konečný úspěch. Embryotransfer proběhl úspěšně, těhotenství bylo bez komplikací a manželům se po všech předchozích neúspěších narodila zdravá dcera. Zkušenosti s komplikovaným porodem a následných fyzicky nesnesitelných zážitků z doby poporodní odradily na delší čas klientku k dalšímu těhotenství. Po nějakém čase poporodu se klientce navrátila síla a začala žít život naplno. Zcela se věnovala dceři, začala cvičit a taktakod řív, s manželé a dcerou jezdili na dovolenou a prožívali spolu velice aktivní život. Konečně se dočkala naplnění svých ideálů. Nadešel čas k rozhodnutí pro další embryotransfer. Embrya byla zamražená na pět let a čas utíkal. V této době klientka prožívala velice hektické období, kdy nastupovala ke studiu magisterského programu, starala se o dceru, vzala si na starost dostavbu podkrovní jejich domu se vším, co k tomu patří a další starosti. Možná právě tyto okolnosti zapříčinily nezdar druhého embryotransferu. To byl další zlomová situace v životě klientky. Opět nastalo období truchlení nad ztrátou budoucího života. Klientka potřebovala svých pocitech hovořit, ale manžel hledal únik ze situace ve své práci. Každý člověk má nějaké obranné mechanismy, které používá v situacích krizí, stresu, špatných nálad a podobně. Klientka se tyto stavby vždy snažila řešit fyzickou aktivitou. Rád se vždy věnovala běhu a sportu jako takovému. Říká, že se vždy snaží ze sebe vyplavit všechno špatné a uleví se jí. Později se situace zklidnila, manžel přehodnotil svůj volný čas a jejich volný čas, začal se více rodině věnovat. Oba se dohodli na dalším embryotransferu. Tentokrát vše dopadlo dobře. Během těhotenství však musela být klientka hospitalizována pro slabé krvácení v prvním trimestru, později se těhotenství vyvíjelo zcela bez problémů. Natěšenými šťastným manželům se narodil krásný zdravý syn.

Při porovnávání výsledků v dotazníku SEIQoL a analýzy životního příběhu klientky jsem našla podobnost a v některých případech shodu v subjektivním hodnocení vlastního života klientky. Dle předívystupu je zejména důležitostí spokojeného rodinného života (manželství,

láska, porozumění, péče, starosti o druhého, vzájemná pohoda) a význam zdáraví, jeho udržování a zlepšování u obou partnerů až po zdejcelérodiny. Výsledné hodnoty v dotazníku jen podtrhují úsilí vynakládané k spokojenosti životě v popisovaném životním průběhu. Ekonomický dopad umělého oplodnění není v žádném případě zanedbatelný. Pro mou klientku nebyla otázka financí problémem, ale to neplatí pro všechny. V problematice financování hraje roli výběr léků i metod. Pokud člověk stojí před rozhodnutím, jestli zvolit možnost lepších léků, lepší metody, pak je to velké dilema zejména pro insolventní páry, protože ve jménu úspěchu každý rád zvolí právě tu lepší možnost. Částky vynaložené na léčbu výrazně zasahují do rodinného rozpočtu.

V druhé části empirického výzkumu jsem provedla statistický přehled výskytu, příčin a řešení GEU na gynekologicko – porodnickém oddělení Městské nemocnice v Litoměřicích v letech 2006-2009. Statistické údaje vykazují lokalizaci tubárního mimoděložního těhotenství v 95 – 97%. Výsledky výzkumu hypotézu potvrdily. Analýzou dat bylo zjištěno, že mezi nejčastější příčiny a rizikové faktory ektopické gravidity patřily zejména časté gynekologické záněty, pánevní infekce, endometrióza a chirurgické výkony, které se snejvětší pravděpodobností také podílely i na tvorbě adhezí v pánevní oblasti. Kouření je jednoznačně považováno za negativní prvek životasprávy ženy. V výzkumném šetření byla zjištěna stoupající tendence nárůstu matek kuřáček. Vlivem kouření se snižuje schopnost matky otěhotnět, zvyšuje se pravděpodobnost vzniku mimoděložního těhotenství a spontánních potratů a také ovlivněnímunitních procesů predispozic k pánevní infekcím.

Byla bych ráda, tato bakalářská práce mohla sloužit k bližšímu pochopení problematiky ektopických gravidit s jejich následným možným řešením a podobně postiženým párům a ostatní veřejnosti příklad životního průběhu, ve kterém se zrcadlí nezdolná touha po dítěti, která navzdory neúspěchům, krizím, bezmoci a klamání čelí obrovské radosti a úctě k životu a vědomí, kdy nic nevzdávat!

Nazávek bych chtěla uvést příkladný etický přístup člověka, kterému není lhostejný život jiných osudů zklamaných párů:

„V Pronatalužůstale ještě našezbyláne využít zamrazená embrya. Každý rok se vyplňuje dotazník o jejich dalším osudu (využití k laboratorním účelům, k výzkumu, zničit, darovat) a my jsme se s manželem vůbec nerozmýšleli a zvolili darování. Máme dvě krásné a zdravé děti. Před tou radostí jsme si prošli spoustou starostí, bezradě a trápení, takže si umíme představit, jak na tom mohou být i jiní a vnaší naprosté shodě padla tato volba. Genetické

vyšetření bylo v pořádku a v lednu 2010 mohla již být embrya darována. Život se má žít i
strochou úcty a pokory, snad jsme někomu pomohli, můžeme v to jen doufat, nikdy se to
nedovíme.“

ANOTACE

Autor: Magdalena Lívancová

Instituce: Ústav sociální lékařství LFUK v Hradci Králové

Oddělení: Ošetřovatelství

Název práce: Problematika otěhotnění a těhotenství po ektopických graviditách ve vztahu ke kvalitě života

Vedoucí práce: Mgr. Eva Vachková

Počet stran: 86

Počet příloh: 3

Rok obhajoby: 2010

Klíčová slova: ektopická gravidita, kvalita života

Bakalářská práce se zabývá teoretickými poznatky o ektopické graviditě a způsobech jejího řešení metodami asistované reprodukce. Těžiště práce tvoří kvalitativní výzkum, který popisuje a hodnotí kvalitu života ženy po ektopických graviditách s nemožností otěhotnět přirozenou cestou. Mapuje události tak, jak se vyvíjejí v čase a určuje zlomové situace ovlivňující kvalitu a míru odolnosti ženy při opakovaných mimoděložních graviditách.

This bachelor thesis deals with theoretical findings on ectopic pregnancy and the ways of its therapy using some methods of assisted reproduction. The main focus of the dissertation is a qualitative research describing and evaluating the quality of women's life after ectopic pregnancies with subsequent inability to conceive naturally.

The research showcases the important events and their evolution over time and gives reports on cliffhanging benchmark situations affecting the quality and degree of the women's resistance with recurrent ectopic pregnancies.

LITERATURA A PRAMENY

1. CIBULA, D., HENZL, M., R., ŽIVNÝ, J. a kol. *Základy gynekologické endokrinologie*, Praha: Grada, 2002. 344 s. ISBN 80-247-0236-3
2. CITTERBART, K. *Gynekologie*, 1. vyd. Praha: Galén, 2001, ISBN 80-7262-094-0
3. ČECH, E., HÁJEK, Z., MARŠÁL, K., SRP, B. a kol. *Porodnictví*. 2. přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada, 2006. 544 s. ISBN 80-247-1313-9
4. FISCHEROVÁ, D., BŘEŠŤÁK, M., ZIKÁN, M. *Těhotenství a známé lokalizace*. Moderní gynekologie a porodnictví. ISSN 1211-1058. 2007. roč. 16, č. 4, s. 649-659
5. HÁJEK, Z. *Rizikové a patologické těhotenství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 444 s. ISBN 80-247-0418-8
6. HANÁČEK, J., PÁN, M., HEJDA, V., KROFTA, L. *Heterotopická gravidita*. Postgraduální medicína. ISSN 1212-4184. 2007. roč. 9, č. 1, s. 32-34
7. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum, Základní teorie, metody a aplikace*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. 408 s. ISBN 978-80-7367-485-4
8. HNILICOVÁ, H. *Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví* in PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. 629 s. ISBN 80-7254-657-0
9. CHALOUPKA, P., KALIŠ, V., ROKYTA, Z., HADRAVSKÁ, Š., MUKENŠNÁBL, P. *Ektopické těhotenství v jizvě děložního čípku a v řezu*. Gynekolog. ISSN 1210-1133. 2005. roč. 14, č. 2, s. 73-75
10. JANEČKOVÁ, H. *Životní události a kvalita života* in PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. 629 s. ISBN 80-7254-657-0
11. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 280 s. ISBN 80-7178-551-2
12. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemocí*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0
13. KŘIVOHLAVÝ, J. *Pozitivní psychologie*. 1. vyd., Praha: Portál, 2004. 200 s. ISBN 80-7178-835-X
14. KUDELA, M. a kol. *Základy gynekologie a porodnictví*, 2. vyd. Olomouc, 2008. 273 s. ISBN 978-80-244-1975-6
15. KUČERA, E. *Farmakologická terapie ektopické gravidity a farmakologická interrupce*. Moderní gynekologie a porodnictví. ISSN 1211-1058. 2004. roč. 13, č. 2, s. 271-274
16. KUŘECOVÁ, B., HUDEČEK, R., VENTRUBA, P., CRHA, I., ŽÁKOVÁ, J. *Incidence mimoděložního těhotenství v programu asistované reprodukce*. Praktická gynekologie. ISSN 1211-6645. 2007. roč. 11, č. 6, s. 260

17. LOZEAU, A-M., POTTER, B. *Diagnostika a léčba mimoděložního těhotenství*. Gynekologiepromoci.MedicalTribune.ISSN1213- 2578.2006.ro č.6, č.4,s.6-10
18. PAYNE, J. *Kvalita života a zdraví* . 1. vyd. Praha: Triton, 2005. 629 s. ISBN 80-7254-657-0
19. ŘEŽÁBEK, K. *Léčba neplodnosti a nebezpečí těhotenství, když chcete mít děti*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999. 104 s. ISBN 80-7169-707-9
20. SOBOTKOVÁ, I. *Psychologie rodiny*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 176 s. ISBN 80-7178-559-8
21. SCOTT, L. *An alternative to surgery in treating ectopic pregnancy*. Nursing Times. 2006. roč. 102, č. 18, s. 24-26.
22. SLOVÁČEK, L., SLOVÁČKOVÁ, B., BLAŽEK, M., JEBAVÝ, L. *Kvalita života onkologicky nemocných*. *Klinická onkologie* .ISSN 0862-495X. 2006.ro č. 19, č. 3, s. 163
23. SMAŽINKA, M. *Ektopická gravidita, možnosti diagnostiky a léčby*. *Moderní babičtví*. ISSN 1214-5572. 2006. č. 11, s. 24-31
24. SMAŽINKA, M. *Ektopická gravidita* . *Moderní gynekologie a porodnictví*. ISSN 1211-1058. 2007.ro č. 9, č. 2, s. 307-313
25. STRAUSS, A., CORBINOVÁ, J. *Základy kvalitativního výzkumu* , Boskovice: Albert, 1999. 228 s., ISBN 80-85834-60-X
26. STILLER, J., HAMAR, B. *Těhotenství v jizvě po předchozím císařském řezu*. Gynekologiepromoci. ISSN 1213-2578. 2005.ro č. 5, č. 5, s. 50-54
27. VENTRUBA, P., ŽÁKOVÁ, J., VIŠŇOVÁ, H. *Metody techniky asistované reprodukce* . *Moderní gynekologie a porodnictví*. ISSN 1211-1058. 2002.ro č. 11, č. 4, s. 572-579
28. VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie* , 3. vyd. Praha: Portál, 2003. 400 s. ISBN 80-7178-740-X
29. ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie, Teorie a praktická cvičení*, 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247 -2068-5

internetové zdroje:

HANÁKOVÁ, T. *Gynekologická ordinace, mimoděložní těhotenství*. [online]. [cit. 2009-11-11]. Dostupná na http://www.hanakova-gynekologie.wz.cz/9_11.html.

Gynekologický informační server – mimotěložní těhotenství. [online]. [cit. 2009-20-11]. Dostupná na <http://www.gyn.cz/tree.php?u=235>.

Ceníky asistované reprodukce – internetový server. [online]. [cit. 2010-12-02]. Dostupná na <http://www.crmzlin.cz/page/1892.ceniky-asitovane-reprodukce/>.

Magnus Hirschfeld Archive for Sexology – Ectopic pregnancy. [online]. [cit. 2009-20-11]. Dostupná na http://www.2.hu-berlin.de/sexology/ETC/html/ectopic_pregnancy.htm.

IVF Motol – Mimotělní oplodnění – in vitro fertilizace. [online]. Praha: Gynekologicko-porodnická klinika UK 2. LF a FN Motol. [cit. 2010-24-02]. Dostupné na <http://www.ivf-motol.cz/ivf.aspx>.

SEZNAM TABULEK

| | |
|--|----|
| Tab.1 Lokalizace ekotopické nidace podle četosti výskytu (Citterbart, 2001)..... | 10 |
| Tab.2 Přehled tématických kategorií..... | 32 |
| Tab.3 Primární rodina..... | 33 |
| Tab.4 Touha podílet se..... | 34 |
| Tab.5 Naděje..... | 34 |
| Tab.6 Rozhodování..... | 35 |
| Tab.7 Životní kontinuita..... | 35 |
| Tab.8 Porovnání kvality života metodou SEIQoLska kategoriemi..... | 49 |
| Tab.9 Příčiny GEU, rizikové faktory (2006)..... | 54 |
| Tab.10 Počet předchozích porodů klientek (2006)..... | 54 |
| Tab.11 Věkové rozložení klientek (2006)..... | 54 |
| Tab.12 Příčiny GEU, rizikové faktory (2007)..... | 55 |
| Tab.13 Počet předchozích porodů klientek (2007)..... | 56 |
| Tab.14 Věkové rozložení klientek (2007)..... | 56 |
| Tab.15 Příčiny GEU, rizikové faktory (2008)..... | 57 |
| Tab.16 Počet předchozích porodů klientek (2008)..... | 58 |
| Tab.17 Věkové rozložení klientek (2008)..... | 58 |
| Tab.18 Příčiny GEU, rizikové faktory (2009)..... | 59 |
| Tab.19 Počet předchozích porodů klientek (2009)..... | 59 |
| Tab.20 Věkové rozložení klientek (2009)..... | 59 |
| Tab.21 Porovnání výsledků výzkumu v letech 2006–2009..... | 66 |

SEZNAM GRAFŮ

| | | |
|---------|---|---------|
| Graf 1P | řehled po čtu operací GEU a uložení elektropické gravidity v letech 2006–2009 | str. 67 |
| Graf 2P | řehledp říční rizikových faktorů u mimoděložních gravidit v letech 2006–2009 | str. 68 |

SEZNAM OBRÁZKŮ

| |
|--|
| Obr.1 Lokalizace GEU (zdroj: http://www2.hu-erlin.de/~sexology/ETC2/html/ectopic)... 10 |
| Obr.2 Tubární gravidita (zdroj: http://gyn.cz/tree.php?up=235)..... 11 |
| Obr.3 Lokalizace bolesti u ektopické gravidity (zdroj: http://www.hanakova-gynekologie.wz.cz/9_11.html)..... 16 |
| Obr.4 IVFaET (zdroj: http://www.ivf-motol.cz/ivf.aspx)..... 22 |
| Obr.5 Odběr vajček (zdroj: http://www.ivf-motol.cz/ivf.aspx)..... 23 |

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č.1: Ceník metod asistované reprodukce

Příloha č.2: Žádost o povolení provádění výzkumu

Příloha č.3: Dotazník SEIQoL

PŘÍLOHY

Příloha č.1 CENÍK METOD ASISTOVANÉ REPRODUKCE

Zdravotní pojišťovny ČR hradí

- Základní cyklus asistované reprodukce pacientka může v věku 18–38 let + 364 dnů.
- Pacientka má nárok celkem na 3 cykly mimotělního oplození transferem embryí. Pojišťovna hradí léky na stimulaci, základní výkony spojené se získáním a oplozením oocytů a transferem embryí. Pokud v některém z prvních tří cyklů nedošlo k přenosu embryí do dělohy, hradí pojišťovna ještě 4. cyklus včetně léků.
- IVF cyklus zahrnuje léky na stimulaci vlastní výkony on IVF.

Léky hrazené pojišťovnou (samoplátci hradí vše)

- Pojišťovna hradí jednodávkové léky.
- Urekombinantních preparátů jedoplatek cca 5000 Kč.

Výkony hrazené pojišťovnou (samoplátci hradí vše)

- Pojišťovna hradí základní výkony IVF cyklu (viz níže). Kromě toho je možné použít nadstandardní metody, které pojišťovna nehradí.

* IVF cyklus přerušeno v době odběru oocytů 990 Kč

* IVF cyklus s odběrem oocytů bez embryotransferu 12660 Kč

* Základní IVF cyklus s přenosem embryí 26000 Kč

Zdravotní pojišťovny ČR nehradí

- Asistovaný hatching (AH) pro 2 embrya: 2000 až 6000 Kč
- ICSI do 10 oocytů: cca 7000 Kč
- ICSI nad 10 oocytů: cca 10000 Kč
- Prodloužená kultivace embryí nad 48 hodin: 2000 až 7000 Kč
- Zamrazení nadbytečných spermií a jejich dlouhodobé skladování: 1000 až 3000 Kč
- 1 dávkou spermií od dárce: 1000 až 3000 Kč
- rozmrazení embryí a jejich přenos do dělohy – KET: 2000 až 10000 Kč
- Katetrkem embryotransferu: 1000 Kč
- Mikromanipulace spojená s odběrem spermií pomocí MESA, TESE: 8000 až 15000 Kč

- Odměna za ušlý zisk dárkyní moocyt ů:cca22000K č
- Zadarovaná embrya příjemkyně zaplatí:6000až10000K č
- Nativní cyklus bez hyperstimulace:4000až10000 K č
- Minimální hormonální stimulace:2000až8000K č

Příloha č.2 Žádost o povolení k provádění výzkumu

Věc :
Žádost o povolení k provádění výzkumu a možnost přístupu ke zdravotnické dokumentaci.

Prosím o povolení k přístupu ke zdravotnické dokumentaci u pacientek hospitalizovaných na gynekologicko - porodnickém oddělení s diagnózou Graviditas extrauterina v letech 2006 - 2008.
V rámci studia na Univerzitě Karlově, Lékařské fakultě v Hradci Králové budu provádět kvantitativní výzkum - statistický přehled výskytu, příčin a řešení GEU, v souvislosti s vypracováváním bakalářské práce. Ve výzkumné práci nebudou uváděny osobní údaje ani jména pacientek.

Děkuji Lívancová Magdalena
sálová sestra
Centrální operační sály

V Litoměřicích 27.7.2009

Magdalena Lívancová

Vyjádření:

Mgr. Kalábová Lenka, náměstek pro ošetrovatelskou péči :

27.07.2009

SOUHLASÍM

Mgr. KALÁBOVÁ Lenka
náměstek pro ošef. péči a sesteru

Lenka Kalábová

prim. MUDr. Hejtmánková Petra, primačka gynekologicko - porodnického oddělení :

souhlasím

MUDr. HEJTMÁNKOVÁ

| | |
|-----|--------------------------------|
| 55 | Městská nem. v Litoměřicích |
| 021 | Gyn.- por. odd. - lůžkové odd. |
| 221 | tel.: 0416/723 462 |
| | IČO: 830 430 T 2398 |

MUDr. Vysoudil Leoš, ředitel Městské nemocnice v Litoměřicích :

SOUHLASÍM

Leoš Vysoudil

ředitel ošetrovatelské péče Lenka

Leoš Vysoudil

31.07.2009

