UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav porodní asistence

Karolína Vychodilová

**Interrupce se zaměřením na farmakologickou metodu**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: doc. PhDr. Yvetta Vrublová, PhD.

**Olomouc 2018**

 Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 30.4.2018

 \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

 podpis

**Poděkování**

 Děkuji doc. PhDr. Yvettě Vrublové, PhD. za odborné vedení bakalářské práce a poskytnutí cenných rad. Dále děkuji své rodině a blízkým za trpělivost a podporu během celého studia.

**ANOTACE**

**Typ závěrečné práce:** Bakalářská práce

**Téma práce:** Interrupce se zaměřením na farmakologickou metodu

**Název práce:** Interrupce se zaměřením na farmakologickou metodu

**Název** **práce v AJ:** Abortion with the focus on pharmacological method

**Datum zadání:** 2017-12-02

**Datum odevzdání:** 2018-04-30

**Vysoká škola, fakulta, ústav:** Univerzita Palackého v Olomouci

 Fakulta zdravotnických věd

 Ústav porodní asistence

**Autor práce:** Vychodilová, Karolína

**Vedoucí práce:** doc. PhDr. Yvetta Vrublová, PhD.

**Oponent práce:** Janoušková Kateřina, Mgr.

**Abstrakt v ČJ:**

 Přehledová bakalářská práce se zabývá problematikou umělého ukončení těhotenství se zaměřením na farmakologickou metodu. Předkládá obecné poznatky o problematice interrupcí, jejich legislativním vývoji, možných dopadech na ženskou psychiku a přednostně se věnuje metodě farmakologické interrupce, která je v České republice poměrně nová. Ze získaných informací se podařilo prokázat, že tato metoda umělého ukončení těhotenství představuje pro ženu menší riziko post-interrupčních komplikací v otázce jejího zdravotního stavu. V otázce psychických komplikací se po prodělání farmakologického ukončení těhotenství tato metoda také přiklání k jejich redukci, zcela jednoznačně se však tuto skutečnost prokázat nepodařilo. Poznatky jsou dohledány z databází Ebsco, Medvik a PubMed.

**Abstrakt v AJ:**

 This bachelor thesis survey points to medical techniques for an early termination of pregnancy, specifically focusing on a pharmacological method. It presents general knowledge of interruption problematics, its legislative development, possible impact on female psychological health and mainly follows up the pharmacological method of pregnancy termination, which is rather new in the Czech Republic. My research and its obtained information demonstrate, that this method of pregnancy termination brings less risk of post-interruption complications according to patien´s medical condition. Psychic complications also might be reduced after the use of pharmacological mothod of pregnancy termination, however this fact has not been proved yet. The information resources are Ebsco, Medvik and PubMed.

**Klíčová slova v ČJ:**

umělé ukončení těhotenství, první trimestr, Mifepriston, Misoprostol, indukovaný potrat, farmakologický, rané těhotenství, psychika, ženy, těhotenství, interrupce, nízký týden

**Klíčová slova v AJ:**

medical termination of pregnancy, first trimester, Mifepristone, Misoprostole, induced abortion, pharmacologic, early pregnancy, psychic, women, pregnancy, interruption of pregnancy, low week

**Rozsah:** 39 stran/0 příloh

**Obsah**

**ÚVOD**…….………………………………………………………………………………..….7

1**. POPIS REŠERŠNÍ STRATEGIE**…………..………………………………………..…..9

2. **PROBLEMATIKA INTERRUPCÍ V MINULOSTI I NYNÍ**…………….……………...11

2.1 Pohled na interrupce z etického hlediska………………………….…………..12

2.2 Metody umělého ukončení těhotenství…….……………………………...…...13

3. **PRÁVNÍ ÚPRAVA INTERRUPCÍ V ČR**……………………………………………....15

3.1 Vývoj a legalizace interrupcí v Československu……………………..………..15

3.2 Současná právní úprava interrupcí v ČR……………………………..…………17

3.3 Registrace potratové pilulky v ČR…………………………………..……………18

4. **FARMAKOLOGICKÁ INTERRUPCE V ČR**…………...……………………………..20

4.1 Selhání metody farmakologické interrupce………………………………..……22

4.2 Komplikace farmakologické metody interrupce……………………..………….23

4.3 Léčivé přípravky……………………………….…………………………….….….24

4.3.1 Mifepriston……………………………………………………………….…….24

4.3.2 Misoprostol……………………………………………………………....…….26

4.4 Působení farmakologické interrupce na sexualitu žen……………………...…27

4.5 Imunoprofylaxe RhD erytrocytární aloimunizace………………………………..28

5. **INTERRUPCE V SOUVISLOSTI S ŽENSKOU PSYCHIKOU**……………….…….30

5.1 Nechtěné těhotenství………………………………………………………………31

5.2 Interrupce, jako služba společnosti……………………………………………....32

 5.3 Postabortivní syndrom……………………………………………………………..34

**ZÁVĚR**……………………………………….……………………………………………...35

**REFERENČNÍ SEZNAM**…………………..……………………………………………....36

**SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK**………………...........................…………………...39

**Úvod**

 Interrupce představuje dilema mnoha etických, náboženských a právních otázek. Mezi tato dilemata patří například otázka, kdy se člověk stává člověkem. Další nabízející se otázkou jsou právě zmiňované interrupce. Představují problém náboženského, ale i ateistického pohledu na život a práva na něj. Chápání problému umělého ukončení těhotenství se však netýká pouze interrupce jako takové, ale jedná se také například o etický pohled na metodu regulace menstruačního cyklu. V souvislosti s antikoncepcí můžeme uvést různé úhly pohledu na nitroděložní tělísko (IUD), kde se řeší otázka jistoty, že tělísko slouží jako prvek zabraňující vzniku fertilizace, nikoliv jako abortivum pokud k fertilizaci dojde. Všechny výše uvedené příklady představují hlubokou propast mezi skupinou zastánců a odpůrců interrupcí, ať už z náboženského, či mravního hlediska.

Otázka interrupce také řeší mnohem komplikovanější záležitosti a to takové, které lékař řeší individuálně v souladu s platnými zákony. Mezi tyto případy může patřit interrupce po znásilnění, nesouhlas partnera s interrupcí, apod. (Hájek et al., 2014, s. 509).

 Výše uvedené skutečnosti, vypovídající o složitosti probíraného tématu nasvědčují tomu, že v minulosti nebylo jednoduché zajistit interrupce ani po právní stránce. Stejně složité bylo prosadit v České republice novou interrupční metodu, která platí od června roku 2014. Jedná se o farmakologickou interrupci, která přinesla českému zdravotnictví revoluční možnost umělého ukončování těhotenství, v souvislosti s její šetrností a minimem následných komplikací. (Skálová, 2014), (Pilka et al., 2017, s. 158), (Slunská, 2017, s. 2)

**ZKOUMANÝ PROBLÉM:**

Hlavní otázka bakalářské práce zní: „Jaké poznatky byly dosud publikovány o problematice interrupcí v souvislosti se zaměřením na farmakologickou metodu?“

**CÍLE:**

1. Předložit dohledané poznatky o obecné problematice interrupcí v minulosti i nyní.

2. Předložit dohledané poznatky o právní úpravě interrupcí.

3. Předložit dohledané poznatky o farmakologické interrupci v ČR.

4. Předložit dohledané poznatky o psychických faktorech v souvislosti s interrupcí.

**VSTUPNÍ LITERATURA:**

1. PILKA, Radovan. Gynekologie. Praha: Maxdorf, 2017. Jessenius. ISBN 978-80-7345-530-9.

2. ROZTOČIL, Aleš a Pavel BARTOŠ. Moderní gynekologie. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2832-2.

3. RATISLAVOVÁ, Kateřina. Aplikovaná psychologie porodnictví: [psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí : psychosomatická medicína : učební texty pro porodní asistentky]. Praha: Reklamní atelier Area, 2008. ISBN 978-80-254-2186-4.

4. FAIT, Tomáš, Michal ZIKÁN a Jaromír MAŠATA. Moderní farmakoterapie v gynekologii a porodnictví. Praha: Maxdorf, 2014. Jessenius. ISBN 978-80-7345-404-3.

5. Česká gynekologie: časopis České gynekologické a porodnické společnosti. Praha: Nakladatelské a tiskové středisko ČLS JEP, 1994-. ISSN 1210-7832.

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

**1. Popis rešeršní strategie**

**VYHLEDÁVACÍ KRITÉRIA:**

**Klíčová slova v ČJ:**

umělé ukončení těhotenství, první trimestr, Mifepriston, Misoprostol, indukovaný potrat, farmakologický, rané těhotenství, psychika, ženy, těhotenství, interrupce, nízký týden

**Klíčová slova v AJ:**

medical termination of pregnancy, first trimester, Mifepristone, Misoprostole, induced abortion, pharmacologic, early pregnancy, psychic, women, pregnancy, interruption of pregnancy, low week

**Jazyk:** čeština, angličtina

**Období:** 1991 - 2018

**DATABÁZE:** PubMed, Medvik, EBSCO

Nalezeno 136 dokumentů

**VYŘAZUJÍCÍ KRITÉRIA:**

* Duplicitní články
* Kvalifikační práce
* Články, které nesplnily kritéria
* Články, netýkající se cílů

**SUMARIZACE VYUŽITÝCH DATABÁZÍ A DOHLEDANÝCH DOKUMENTŮ:**

PubMed – 5 dohledaných dokumentů

Medvik – 8 dohledaných dokumentů

EBSCO – 7 dohledaných dokumentů

V práci byly použity i studijní materiály, které byly nalezeny ze studijní literatury, a to 3 tištěná periodika a 2 webové zdroje.

**SUMARIZACE VYUŽITÝCH PERIODIK A DOKUMENTŮ:**

 Acta medicinae – 1 dokument

 Cochrane Fertility Regualtion Group – 1 dokument

 Contraception – 1 dokument

 Česká gynekologie – 1 dokument

 EPRAVO.CZ MAGAZINE – 1 dokument

 Gynekologie a porodnictví – 1 dokument

 Hnutí pro život – 3 dokumenty

 Journal de Gynecologie, Obstetrique et Biologie de la Reproduction – 2 dokumenty

 Journal of the Pakistan Medical Association – 1 dokument

 Journal of Theoretical Social Psychology – 1 dokument

 Journal of American Physicians and Surgeons – 1 dokument

 Postgraduální medicína – 1 dokument

 Praktická gynekologie – 1 dokument

 Praktické lékárenství – 1 dokument

 Reproductive science – 1 dokument

 Sestra – 1 dokument

 Standardy léčebných postupů a kvalita ve zdravotní péči – 1 dokument

 The Lancet – 1 dokument

 The Journal of sexual medicine – 1 dokument

 The European Journal of Contraception and Reproductive Health – 2 dokumenty

 Zdravotnictví a medicína – 1 dokument

Pro tvorbu teoretických východisek bylo použito 25 dohledaných dokumentů a byly zmíněny vyhlášky č. 11/1988 Sb., č. 15/1986 Sb. a zákony č. 68/1957 Sb. a č. 66/1986 Sb.

**2. Problematika interrupcí v minulosti i nyní**

 Vývoj provádění interrupcí byl v každém období jiný. Ve starověku byly například umělé potraty běžně dovoleny, jelikož jich Řekové využívali k regulaci populace a k udržení sociálních podmínek. Například Platón, který doporučoval interrupce ženám nad 40 let. Na druhé straně známý Hippokratův opačný postoj k potratům a jeho přísaha, jež zakazovala lékařům podat ženě přípravek, který by napomohl vypuzení plodu z jejího těla. Jeho smýšlení lze považovat za nadčasové, jelikož  hlavní důvod tohoto postoje byly obavy poškození zdraví těhotné ženy z podání tehdejších primitivních prostředků, umožňujících interrupci.

 V období 1307 – 1803 platil v Anglii zákon, který říkal, že je možné ženě provést interrupci na vlastní žádost. Podmínkou tohoto ustanovení byl však fakt, že žena požádá o interrupci před tzv. „vnímáním plodu“, tedy před vnímáním prvních pohybů.

 Záznamy o interrupcích máme také z Československa, kde platil zákon z roku 1852 až do roku 1950, podle kterého byly interrupce zakázány. Žena, která se o interrupci pokusila, byla potrestána odnětím svobody od šesti měsíců do jednoho roku. Žena, které se interrupce zdařila úplně, byla potrestána odnětím svobody od jednoho roku do pěti let. Roku 1957 vznikl nový zákon „O umělém přerušení těhotenství“, který u nás zavedl institut interrupčních komisí. Dnes u nás platí zákon z roku 1986. (Vránová, 2007, s. 87,89).

 Interrupce, neboli umělé ukončení/přerušení těhotenství (UUT,UPT) je legální potrat, který se v ČR řídí vyhláškou MZd ČSR č. 15/1986 Sb. a zákonem ČNR č. 66/1986 Sb. Jedná se o záměrně ukončené těhotenství způsobem, jehož metoda je zvolena s ohledem na stáří těhotenství a šetrnost vůči ženě. Podle stáří těhotenství je možné zvolit chemickou metodu, či chirurgický zákrok. Použití slova potrat může být v této problematice zavádějící, jelikož potrat obvykle označuje stav, kdy bylo těhotenství samovolně ukončeno bez intervence člověka, například z důvodu neschopnosti života plodu kvůli těžké vývojové vadě. Pro lepší pochopení je slovo potrat definováno legislativou ve vyhlášce Ministerstva zdravotnictví ČSR č. 11/1988, o povinném hlášení ukončení těhotenství, úmrtí dítěte a úmrtí matky. (Navrátilová, 2013, s. 7 – 8)

 Vývoj postoje společnosti vůči interrupcím v minulých letech napovídá, že šlo opravdu o složité téma, které se dotýkalo téměř všech společenských složek. Ani dnes nejsou na tuto problematiku sjednocené názory a interrupce dále představují velký etický problém, který dělí společnost na dvě skupiny. Na jedné straně stojí zastánci práva na interrupci a na straně druhé její odpůrci. Navzdory tomu, že i dnes toto téma společnost spíše rozděluje, legislativa v jednotlivých zemích dala vzniknout přesným postupům a právním úpravám, jež umožňují ženám možnost se rozhodnout. V České republice existuje několik možností, jak může žena s nechtěným těhotenstvím naložit. (Navrátilová, 2013, s. 7 – 8)

 Provedení interrupce je možné buď na vlastní žádost klientky, nebo na doporučení lékaře ze zdravotních důvodů. Jakýkoliv typ interrupce je vždy proveden ve zdravotnickém zařízení. V případě, že klientka o interrupci zažádá sama, hradí všechny náklady s ní spojené, včetně gynekologického, ultrazvukového, laboratorního a předoperačního vyšetření. V opačném případě, kdy je nutno interrupci provést ze zdravotních důvodů, je vše hrazeno pojišťovnou. (Hájek et al., 2014, s. 461).

**2.1 Pohled na interrupce z etického hlediska**

Do obecné problematiky interrupcí jednoznačně spadá otázka, kdy se plod stává člověkem. Tato otázka sama o sobě je jednou z hlavních příčin, která rozděluje společnost na odpůrce a zastánce interrupcí. Představitelé jednotlivých stran totiž mají na tuto otázku často odlišné odpovědi. Zastánci práva na interrupci tvrdí, že jelikož plod není v počátcích těhotenství schopen samostatného života mimo tělo matky, nejedná se o novou bytost, ale pouze o část těla matky. Žena si tedy se svou částí těla může dělat, co uzná za vhodné, například jít na interrupci. (Navrátilová, 2013, s. 7 – 8) Odpůrci interrupcí mají logicky opačný názor a to takový, který říká, že k nalezení největší morální jistoty nám pomůže jednání s lidským zárodkem jako s osobou. (Bahounek et al., 2007, s. 61)

 Na tuto otázku však nelze pohlížet jen z pohledů zastánců, či odpůrců interrupcí, nutný je také pohled z prostředí, do kterého jednotliví lidé spadají. Jiný názor na otázku počátku lidského života bude mít biolog, psycholog, kriminalista, sociolog, filozof, kněz, vědec atd. (Bahounek et al., 2007, s. 59) Vše jistě záleží na tom, co se oním životem myslí. Někdo by kupříkladu mohl použít oblíbenou frázi, že život začíná po čtyřicítce. Nicméně většina zdrojů se v této otázce přiklání spíše k názoru, že život opravdu začíná okamžikem zplození, tedy v okamžiku, kdy spermie vstoupí do ženského vajíčka. (Cameron, 1993, s. 32) Totéž kdysi potvrdil i profesor porodnictví Dr. Alfred M. Bongioanni z Pensylvánské univerzity, když uvedl, že lidský život existuje od početí do dospělosti a jakékoliv přerušení v kterémkoliv období znamená ukončení lidského života. Dále také profesor genetiky Dr. Jerome LeJeune z Descartesovy univerzity v Paříži souhlasil s tvrzením, že po oplodnění začíná existovat nový lidský život. (Alcorn, 2011, s. 25 – 26)

**2.2 Metody umělého ukončení těhotenství**

Existuje mnoho metod umělého ukončení těhotenství, které se volí podle délky gestačního stáří, zdravotního stavu ženy, parity, nálezu, atd. Je nutné provést základní vyšetření, díky němuž je později možné klientce interrupci provést. Mezi tato vyšetření můžeme zařadit bimanuální palpační gynekologické vyšetření, ultrazvukovou biometrii k dataci těhotenství a k průkazu přítomnosti plodového vejce v děložní dutině a základní interní vyšetření. Výběr metody také závisí na okolnostech, zda žena přišla s žádostí sama, nebo je ukončení těhotenství žádoucí ze strany lékaře. Existují zde přísná kritéria, vymezující časové úseky pro provedení interrupce. Ze zdravotní indikace platí ukončení těhotenství do 12. týdne gravidity, přičemž je pohlíženo na seznam onemocnění, která dovolují v tomto období těhotenství ukončit. Druhým možným termínem je 24. týden gravidity, kdy se k interrupci přistupuje jen z velmi vážných genetických, či vývojových vad plodu. Další možností je také těhotenství ukončit během celého jeho průběhu, kdy je ohroženo zdraví, nebo život ženy a také při pozdně zjištěných těžkých malformacích plodu, které se neslučují s jeho životem. (Hájek et al., 2014, s. 461 – 462)

 První a jednou z nejšetrnějších metod umělého ukončení raného těhotenství je miniinterrupce, která se provádí do osmého týdne těhotenství. U této metody dojde k dilataci děložního hrdla pomocí lokální, či celkové aplikace prostaglandinu E1. Tato aplikace spočívá v předoperačním zavedení Dilapanu S, což je hydrofilní tyčinka, jež v poševním prostředí vychytává okolní tekutinu, nabývá na objemu a rozšiřováním svého průměru dilatuje děložní hrdlo. Dilatace pokračuje do té doby, než je možné zavedení aspirační kyrety nutné k odsátí děložního obsahu. Druhou možnost dilatace děložního hrdla představují kovové dilatátory, kdy se postupně tyto dilatátory umisťují do děložního hrdla za sebou, dle jednotlivých průměrů. Zvyšování dochází vždy po půl milimetru. U této metody by dilatace v milimetrech měla odpovídat délce děložní dutiny v centimetrech s tolerancí 1 – 2 milimetry. (Roztočil et al., 2011, s. 212 - 214)

 V období mezi 8. – 12. týdnem těhotenství se používá metoda dilatace děložního hrdla s následnou kyretáží. Dilatace se provádí stejně jako u výše popsaných postupů a kyretáží je v tomto případě míněno odstranění děložního obsahu pomocí tupé Bumovy kyrety. Po dokončení této metody interrupce je žádoucí aplikace uterotonik k podpoře děložních stahů a tím k redukci případného krvácení. K posílení epitelizace je vhodné také nasadit estrogeny.

Dále v období mezi 12. – 24. týdnem, již není možné těhotenství ukončit na žádost klientky, ale pouze z vážné zdravotní indikace, kdy je například prokázáno vážné poškození plodu. I nyní příprava děložního hrdla spočívá v jeho dilataci. Následně se ukončí těhotenství pomocí nejrůznějších druhů prostaglandinů, kdy má lékař možnost zvolit si místo aplikace. U takto pokročilého těhotenství je následná revize dutiny děložní nutná ve většině případů.

Situací, která si vyžaduje ukončit těhotenství po 24. týdnu, představuje obvykle vážná zdravotní indikace k záchraně života matky, či těžké vady plodu neslučitelné se životem. V tomto případě dochází buď k indukci porodu, či císařskému řezu, který se provádí častěji. (Roztočil et al., 2011, s. 212 - 214)

**3. Právní úprava interrupcí v ČR**

 Společně například s tématem euthanasie, je otázka interrupcí podobnou měrou diskutována po celém světě. V obou případech se jedná o jedno z lidských práv – právo na život. Poslední platná právní úprava interrupcí byla jistě ovlivněna různými faktory, mezi které můžeme zařadit historický vývoj, celkový pohled na danou problematiku, náboženskou situaci, morálku společnosti, atd. (Molnárová, 2001) V případě, že se dnes žena rozhodne pro podstoupení umělého ukončení těhotenství, musí být tato otázka pokryta v souladu s platnou právní úpravou, která koriguje možnosti provedení interrupce v daném státě. (Černý et al., 2003, s. 7)

 Mnoho dokumentů, které s problematikou umělého ukončení těhotenství po právní stránce souvisí, vychází mimo jiné hlavně z Listiny základních práv a svobod („LZPS“). Na celou otázku uměle přerušených těhotenství je pohlíženo tak, že život před narozením je úzce spjat s životem po narození a je tedy nutné jej zkoumat v navzájem souvisejícím vztahu. Zrod LZPS a ustanovení otázky lidského života před narozením, představoval složitý vývoj v podobě přesných formulací, které byly mnohdy v očích laické i odborné společnosti diskutabilní. Složitost spočívala také v tom, že na rozdíl od jiných mezinárodních dokumentů, které ochranu lidského života považovaly od okamžiku zrození, LZPS v čl. 6 odst. 1 větě druhé tuto ochranu rozšířila následující formulací, že: *„lidský život je hoden ochrany již před narozením“*. Tato formulace tedy nevnímá počátek lidského života od okamžiku zrození, na druhou stranu přesně nevymezuje od kdy je ochrana myšlena. Jelikož je v České republice podstoupení interrupce legální, ochrana embrya zmíněná v této formulaci nabývá platnosti od 12. týdne těhotenství. Vznik této formulace je známý sporem mezi příznivci a odpůrci umělého ukončení těhotenství mezi poslanci Federálního shromáždění ČSFR. Formulace byla tedy vytvořena jako kompromis mezi oběma stranami. (Bahounek et al., 2007, s. 19), (Wintr, 2015, s. 7)

**3.1 Vývoj a legalizace interrupce v Československu**

O zhotovení zákona o umělém ukončení těhotenství byla velká snaha již v meziválečném období nejen ze strany žen, ale i některých poslanců a odborníků z oblasti gynekologie a porodnictví. Tento zákon se v bývalém Československu uchytil poměrně brzy po utišení poválečného období, jelikož Československo bylo jednou z posledních zemí východního bloku, kde nebyly interrupce uzákoněny. Některé zdroje uvádějí, že uchycení právě tohoto zákona souviselo mimo jiné s politickým rozhodnutím Sovětského svazu. Legalizace interrupce měla sloužit jako podpora organizovaného plánování rodičovství, tudíž jako řešení tehdejších sociálních problémů. Tyto problémy souvisely s tehdejší nepříznivou socioekonomickou situací, kdy převažoval nedostatek základního zboží, mimo jiné i ve smyslu kontroly reprodukce, tedy antikoncepce. Hlavní dostupnou metodou antikoncepce na trhu byl kondom nízké kvality a účinnosti. Další možnost pro mladé páry představoval přerušovaný pohlavní styk. Existovaly samozřejmě i další metody, které ovšem nebyly v populaci tolik rozšířené. Ladislav Hnátek, odborník na antikoncepci, nechal v roce 1957 v Praze otevřít první antikoncepční poradnu, která však sloužila pouze ženám, pro které těhotenství představovalo zdravotní riziko. (Dudová, 2012, s. 37 – 45)

 S touto situací logicky rostl počet nelegálně prováděných interrupcí ať už ze strany lékařů, porodních asistentek, či studentů medicíny. Rostl také počet nekvalifikovaných interrupcí, při kterých často docházelo k újmám na zdraví i životech žen. Jako snaha o redukci neodborně prováděných interrupcí dala za vznik právě zákonu č. 68/1957 Sb., jehož cílem bylo zvýšit počet legálních, tedy i bezpečných interrupcí. Tento zákon vycházel z několika principů:

*„- ochrana ženy před poškozením na zdraví, popřípadě úmrtím, zásahy neodbornými a nelegálními*

*- prioritní ochrana zdraví ženy před zrozením dítěte*

*- nenahraditelný souhlas ženy k umělému přerušení těhotenství*

*- provedení umělého přerušení těhotenství na žádost ženy po předchozím povolení v komisi, k tomuto účelu zřízené, ze zdravotních a jiných důležitých důvodů hodných zvláštního zřetele*

*- umělé přerušení těhotenství není léčebně preventivní péčí“* (Černý et al., 2003, s. 16)

 Ke vzniku tohoto zákona tedy původně vedla tehdejší socioekonomická situace, která úzce souvisela s minimální dostupností antikoncepce na trhu. Někteří odborníci na legalizaci interrupcí pohlíželi jako na dočasné řešení, dokud nebude plně dostupná, snadno použitelná a účinná antikoncepce. Realita však nakonec byla taková, že 19.12.1957 byl jednomyslně přijat probíraný zákon č. 68/1957 Sb., legalizující interrupce u nás. Po uvedení tohoto zákona v platnost, byl zaznamenán rapidní nárůst žádostí o umělé přerušení těhotenství, kdy nebylo výjimkou provedení 10 – 15 interrupcí na jednom sále denně. (Černý et al., 2003, s. 15 – 16), (Dudová, 2012, s. 45 – 46, 57)

 Jelikož zpracování žádostí o umělé ukončení těhotenství bylo svěřováno interrupčním komisím, kde přezkoumání případu a zohlednění veškerých okolností bylo časově velice náročné, časem se existence těchto komisí jevila spíše jako překážka v průlomu nových interrupčních metod. Novou metodou v této problematice je myšlena miniinterrupce, kterou je nutno provést v co nejbližším termínu od početí. Postupně se tedy rozvinula snaha o to, aby se co nejvíce zkrátil časový interval k provedení této nové metody interrupce. To samozřejmě vedlo také k právní úpravě stávajícího zákona a jeho novelizaci v podobě zákona č. 66/1986 Sb., který platí dodnes. (Černý et al., 2003, s. 17-18)

**3.2 Současná právní úprava interrupcí v ČR**

 I když je v dnešní době problematika interrupcí právně plně ošetřena, společnost má přesto snahu o minimalizaci interrupcí v co největší možné míře. Tato snaha se skrývá v podobě výchovy k plánovanému rodičovství jak v rodině, tak ve škole, či zdravotnických zařízeních, formou edukace o užívání antikoncepce. Pokud k neplánovanému těhotenství přesto dojde, jsou nastaveny dvě možnosti právního řešení interrupce, které stanovuje zákon č. 66/1986 Sb. (Černý et al., 2003, s. 19 – 20)

 První ustanovení umožňuje podstoupení umělého ukončení těhotenství na vlastní žádost těhotné ženy, za předpokladu, že těhotenství nepřesahuje 12 týdnů, a že tomuto zákroku nebrání žadatelčin zdravotní stav. Zdravotní stav, který provedení výkonu interrupce brání je takový, kdy se podstatně zvyšuje riziko spojené s výkonem. Dále například předchozí umělé ukončení těhotenství, které bylo provedeno dříve, než 6 měsíců od nynější žádosti, s výjimkou kdy žena už alespoň dvakrát rodila, či dovršila věku 35 let.

 Druhé ustanovení dovoluje uměle ukončit těhotenství ze zdravotní indikace, tedy pokud je prokazatelně ohrožen život, nebo zdraví ženy, či plodu např. jeho vadným vývojem v podobě genetických malformací. Toto ustanovení je možné provést opět do 12. týdne, pokud jsou však později prokázány genetické malformace, lze těhotenství ukončit do dosažení 24. týdne těhotenství. V případě, že dojde k ohrožení života ženy, či těžkému postižení až úmrtí plodu, těhotenství lze ukončit kdykoliv. (Molnárová, 2001) V obou případech musí žadatelka o umělé ukončení těhotenství podepsat informovaný souhlas s provedením zákroku. V případě, že žena odmítá zákrok podstoupit i s vědomím možných zdravotních komplikací, musí učinit písemné prohlášení v podobě reversu. V situaci, kdy je nežádoucí těhotenství zaznamenáno u nezletilé dívky mladší šestnácti let, musí být celá situace konzultována se zákonným zástupcem, který musí doložit souhlas s případnou interrupcí. Pokud se jedná o dívku mezi šestnácti a osmnácti lety, zákonný zástupce je opět informován například zdravotnickým zařízením, ale žadatelka je oprávněna o svém mateřství rozhodnout sama. (Černý et al., 2003, s. 19 – 20)

**3.3 Registrace potratové pilulky v ČR**

Na rozdíl od ostatních zemí Evropy je potratová pilulka v České republice registrována až od června roku 2014. V současnosti je možné ji legálně využít v pětadvaceti zemích Evropy, přičemž první uzákonění proběhlo ve Francii roku 1988 a v roce 1991 se dostupnost rozšířila také do Velké Británie. V zemích, kde je tato metoda umělého ukončení těhotenství legální, se její užívání vyšplhalo až na 80%.

 Přesto, že v dnešní době existuje bohatá nabídka různých antikoncepčních možností, počet uměle ukončených těhotenství se celosvětově pohybuje kolem 50 milionů interrupcí ročně. Z tohoto počtu je téměř polovina provedena nelegálně rukou nekvalifikované osoby, což ročně stojí život až 70 tisíc žen a zbytku způsobí doživotní postižení s neschopností budoucího otěhotnění. Česká republika je v tomto ohledu naštěstí demokraticky založená a interrupci ženám umožňuje legálně. Z tohoto důvodu tedy po dlouhé snaze došlo k registraci potratových pilulek, které jistě povznesly možnosti v našich interrupčních metodách na vyšší úroveň. Uváděné potratové pilulky představují na českém trhu přípravky Mifegyne a Mispregnol od společnosti Exelgyn. K registraci došlo také u kombinovaného přípravku Medabon, který však v České republice není k dispozici.

 Se zavedením potratové pilulky a tím farmakologické interrupce v České republice bylo spojeno mnoho protestů a petic, které podepsalo více než 70 tisíc občanů. Odpůrci interrupcí uváděli důvody odmítání této metody, mezi které patřilo trauma z prodělaného potratu a s tím spojeného rizika vykrvácení, šoku, či psychických problémů. Dále veřejně odmítali politiku našeho státu, jež podle nich podporuje nezodpovědnost mužů a nabízená pomoc ženám znamená smrt jejich dítěte. Na druhé straně odborníci tvrdí, že míru komplikací a rizik tato metoda spíše omezuje. Odborník, profesor Marek Lubušký se nechal slyšet, že například obava z vykrvácení je zcela zbytečná. Vzhledem k tomu, že je farmakologická interrupce určena pro těhotenství do 49. dne sekundární amenorey, nejedná se zatím o plod, ale o embryo, jehož rozměry jsou maximálně 10 milimetrů. Z toho vyplývá, že z dělohy odchází o něco více tkáně, než při klasické menstruaci. Dále uvedl, že pokud by se vyhovělo odpůrcům interrupcí a došlo by k jejich zrušení, dal by se očekávat vysoký nárůst kriminálních potratů a potratové turistiky, kdy by ženy vyhledávaly provedení interrupce v jiných zemích. (Skálová, 2014)

**4. Farmakologická interrupce v ČR**

 V České Republice se provádí poměrně nová metoda umělého ukončení těhotenství - farmakologická interrupce, kdy žena může zažádat o interrupci touto metodou do 49. dne sekundární amenorey. U farmakologické interrupce jsou použity registrované léčivé přípravky, které mají v ČR platnost od června roku 2014. Tento typ interrupce je možné provést také do 63. dne sekundární amenorey, kdy je Mifepriston podáván v kombinaci s prostaglandinem Gameprost 1mg vaginálně, pro tento interval však v ČR nemáme léčivý přípravek, Gameprost, k dispozici. (Slunská et al., 2017, s. 2), (Křepelka, 2016)

 Jedná se o jednu z metod, která plní podmínky pro relativně bezpečné a efektivní ukončení počínajícího těhotenství, s nabídkou účinných farmak. (Pilka et al., 2017, st. 158) Z pohledu úspěšnosti, je tato metoda srovnatelná s metodou chirurgickou. (Strašilová et al, 2016, s. 381) Své kladné opodstatnění zaujímá také z pohledu časných medicínských komplikací, často spojených s invazivním chirurgickým výkonem, které jsou v tomto případě výrazně redukovány. Farmakologická interrupce prokázala také lepší výsledky ve srovnání s chirurgickou intervencí v otázce zánětu dutiny děložní. Zatímco u invazivního zákroku se v pooperačním období pohybuje postižení zánětem dutiny děložní mezi 0,1 – 4,7%, u farmakologické metody interrupce se prakticky nevyskytuje. Co se naopak u této metody interrupce vyskytuje častěji, je krvácení s možnými nežádoucími účinky v podobě doprovodných bolestí v podbřišku, nauzeou až zvracením. Ač je výskyt reziduí minimální, u 2 -10% pacientek, které podstoupily tuto metodu je nutná revize dutiny děložní pro neodloučení plodového vejce. (Pilka et al., 2017, s. 158) I když je klientka oprávněna o interrupci zažádat, po vzájemné konzultaci volbu dané konkrétní metody vždy posuzuje a volí lékař. Veškeré informace o průběhu farmakologické interrupce jsou klientce sděleny jak lékařem, tak jsou obsaženy v balení s léčivými přípravky, které jsou k této metodě ukončení těhotenství určeny. (Strašilová et al., 2016, s. 381)

 Léčivé přípravky k farmakologickému ukončení těhotenství, je v souladu se Státním ústavem pro kontrolu léčiv možné vydávat na základě lékařského předpisu, tedy žádanky, například v gynekologických ambulancích, či jiných pracovištích se specializovanou působností v oblasti gynekologie a porodnictví. Toto vydání však musí být směřováno pouze poskytovateli zdravotnických služeb s lůžkovou péčí, kde jsou přípravky klientce podány. Pokud se jedná o vitální těhotenství, jehož indikace k ukončení je pouze žádost klientky, musí si daná osoba provedení farmakologické interrupce uhradit z vlastních prostředků. Cenu zákroku si stanovuje zdravotnické zařízení individuálně. Pokud je indikací například zdravotní stav, je celý proces uhrazen zdravotní pojišťovnou. (Strašilová et al., 2016, s. 383)

 K základní péči o ženu žádající farmakologické ukončení těhotenství patří vyšetření v zrcadlech, bimanuální palpační vyšetření společně s vaginálním ultrasonografickým vyšetřením, které by mělo společně se znalostí anamnézy odhalit případné kontraindikující faktory. Dále je ověřena krevní skupina ženy a Rh faktor. (Křepelka, 2016)

 Jelikož je v ČR možná farmakologická interrupce do 7. týdne těhotenství (tedy do 49. dne sekundární amenorey), musí být provedena tzv. datace těhotenství podle temeno – kostrční délky (CRL) zárodku pomocí ultrazvukového vyšetření. První takové vyšetření je možné při nálezu CRL = 2mm, kdy lze potvrdit prosperující těhotenství díky přítomnosti pulzace oběhu zárodku. Při nálezu CRL = 9mm, lze potvrdit 49. den sekundární amenorey. Z toho vyplývá, že farmakologickou metodu interrupce lze ženám nabízet v období mezi 42. a 49. dnem sekundární amenorey. Žena by se proto měla do zdravotnického zařízení dostavit ihned, když zjistí, že je těhotná. (Slunská et al., 2017, s. 1)

 Před použitím farmakologické metody interrupce, by měly být vyloučeny všechny kontraindikující faktory, které by mohly použití této metody zabránit. Mezi tyto faktory může patřit například přecitlivělost na Mifepriston či Misoprostol, dědičná porfyrie, těžká anemie, hemoragické poruchy, současná antikoagulační léčba, nitroděložní tělísko (IUD) in situ, chronická renální insuficience, dlouhodobá aplikace kortikosteroidů, či potvrzené mimoděložní těhotenství. Kojení, obezita, nebo vícečetné těhotenství neznamenají pro volbu této interrupční metody problém. (Bettahar et al., 2016), (Křepelka, 2016)

 Samotné ukončení těhotenství farmakologickou metodou, bývá provedeno za pomocí dvou léčivých přípravků Mifepriston a Misoprostol. V první fázi je podán Mifepriston 600mg per os, který způsobuje změknutí cervixu, deciduální nekrózu s odloučením děložního obsahu, děložní kontraktilitu a zvyšuje citlivost dělohy na působení prostaglandinů. V případě, že se u pacientky potvrdilo zvýšené riziko hlubokého pánevního zánětu, je společně s Mifepristonem aplikován Doxycyklin tbl. 100mg 2x denně po sedm dní. Po aplikaci první dávky Mifepristonu je lékařem proveden zápis do zdravotnické dokumentace o aplikaci daného přípravku, přičemž je později odesláno hlášení o potratu do národního registru potratů podle metodiky ÚZIS.

 Druhá dávka Misoprostol 400µg per os, je podána o následujících 36 – 48 hodin později. Tento přípravek je známý svým silným uterotonickým účinkem, který vede k vypuzení plodového vejce. Působí také na děložní hrdlo, jež změkčuje a dilatuje. O této účinné látce lékař opět provede zápis do zdravotnické dokumentace. Ženy, které mají navíc zájem o podání hormonální antikoncepce ať progestagenní, či kombinované, je možná její aplikace právě společně s Misoprostolem.

 Následně je po 14 – 21 dnech od podání první dávky s účinnou látkou Mifepriston, provedena ultrazvuková kontrola k vyloučení pokračujícího těhotenství. Pokud se například prokáže přítomná reziduální tkáň v dutině děložní bez dalších projevů krvácení, lze zvolit konzervativní postup s přesně stanovenými kontrolami až do úplné regrese nálezu. V dalších případech selhání této metody opět volí následující potup lékař. (Slunská et al. 2017, s. 2), (Pilka et al., 2017, s. 158), (Křepelka 2016)

**4.1 Selhání metody farmakologické interrupce**

 V případě, že nedojde k odloučení plodového vejce a tudíž se prokáže pokračování těhotenství, jsou po domluvě s klientkou možné následující varianty. První z nich je opětovné provedení farmakologického ukončení těhotenství odpovídající stejnému průběhu jako při prvním provedení této metody. Podmínkou pro tuto možnost je však těhotenství nepřesahující 9 týdnů a hodnota temeno – kostrční délky zárodku < 25mm. Druhou možnou alternativou je provedení invazivního chirurgického zákroku, pro který také platí podmínka těhotenství nepřesahující 12 týdnů a hodnota temeno – kostrční délky zárodku < 55mm. Poslední možností je rozhodnutí klientky v těhotenství pokračovat. V tomto případě je nutné klientku informovat o všech možných rizicích, týkajících se abnormálního vývoje plodu. Jako abnormální vývoj plodu se v tomto případě může předpokládat poškození centrálního nervového systému, či končetin. Z tohoto důvodu je doporučená pečlivá kontrola vývoje plodu, zhodnocením podrobné morfologie pomocí ultrazvukového vyšetření. Na znamení, že klientka všem případným rizikům a poučením lékaře rozuměla, podepíše tzv. informovaný souhlas. (Slunská et al. 2017, s. 4)

 Může také nastat situace, kdy mluvíme o tzv. neúplném potratu. Tato možnost lze prokázat přítomností usmrceného zárodku v děložní dutině, či jiným abnormálním ultrazvukovým nálezem v děložní oblasti a zároveň prokázáním pozitivního lidského choriového gonadotropinu v séru, kdy hCG > 1000 IU/l. Pokud hodnota hCG je > 1000 IU/l, nemůžeme s jistotou potvrdit, zda bylo těhotenství skutečně ukončeno, jelikož se stejná hodnota může vyskytovat až u 10% žen po kompletním potratu. Z tohoto důvodu je vhodné vyšetření doplnit o kontrolní ultrazvukové vyšetření. Při prokázání reziduí se situace řeší buď opětovným podáním účinné látky Misoprostol, nebo přistoupením k chirurgickému zákroku. K chirurgickému zákroku by se však mělo přistupovat pouze za podmínky, že jsou jasně prokazatelné klinické potíže v podobě silného, či déle trvajícího krvácení, a to z důvodu časté falešné pozitivity při hodnocení abnormálního ultrazvukového nálezu. Pokud hodnota hCG klesne pod 1000 IU/l, lze těhotenství bezpečně vyloučit. Žena si může v rámci kontrolního vyšetření provést nízce senzitivní močový hCG test, který je při hodnotách pod 1000 IU/l negativní. (Slunská et al. 2017, s. 3 - 5) Posouzení k potvrzení ukončeného těhotenství se tedy vždy doporučuje podrobná klinická anamnéza klientky společně s důkladným ultrazvukovým vyšetřením a kontrola hladiny hCG v séru. V případě, že zaznamenáme pokles hCG o více než 80% po patnácti dnech od ukončení farmakologické interrupce, lze tento stav považovat za úspěšný. (Bettahar et al., 2016)

**4.2 Komplikace farmakologické metody interrupce**

 Farmakologická metoda interrupce s sebou nese časté, ale nevýznamné nežádoucí účinky. Vážnější komplikace se téměř nevyskytují a procentuelně byly zaznamenány zhruba u 0,16% případů. Mezi častější nežádoucí účinky patří například bolesti břicha, které se téměř vždy a v různé intenzitě vyskytují zejména po aplikaci Misoprostolu, který způsobuje děložní stahy. Projev bolesti břicha však může značit také jiné, vážnější komplikace v podobě ektopické gravidity, či hlubokého pánevního zánětu. Jako účinné léky by při bolestech břicha měly být použity nesteroidní antiflogistika, která mají většinou dobrý mechanismus účinku. V případě, že by bolesti přetrvávaly, je nutné pátrat po výše uvedených komplikacích.

 Je specifikováno, že u přetrvávajících bolestí v podbřišku se může prokázat méně častá komplikace v podobě zánětlivého onemocnění – endometritidy. Ač je tato komplikace vzácná a objevuje se zhruba u 0,016% případů, je nutno na ni vždy pomýšlet. Doprovodnými projevy této komplikace bývá často horečka, ale také nadměrné krvácení, či hnisavý výtok z rodidel. Zvláštní formou vysoce nebezpečné infekční komplikace je vzácná klostridiová sepse, způsobená bakteriemi Clostridium sordellii, či Clostridum perfringens, jež mohou končit i smrtelně. Projevy tohoto druhu zánětu představují nesnesitelné bolesti břicha, přítomné hematomy v postižené oblasti, leukocytózu, hemokoncentraci, hypotenzi a rychle se rozvíjející septický šok. Jediným účinným řešením tohoto stavu je hysterektomie a nasazení antibiotik určeným proti tomuto typu bakterií.

 Další nežádoucí účinek může představovat děložní krvácení, které je stejně jako bolest břicha běžným ukazatelem v otázce farmakologického ukončení těhotenství. Krvácení má často o něco silnější intenzitu, než menstruační krvácení. Krevní ztráta se pohybuje mezi 80 – 100ml a délka krvácení je v období od 8 – 17 dnů. Bylo zaznamenáno, že až 9% žen pozoruje slabé krvácení i po třiceti dnech po podání Mifepristonu. Těžká komplikace v podobě silného krvácení vyžadující krevní transfuzi se objevuje pouze v 0,5% případů.

 Posledním běžným nežádoucím účinkem je nevolnost, zvracení a průjem, které mají často lehký průběh a tudíž nevyžadují podání antiemetik. (Křepelka, 2016)

**4.3 Léčivé přípravky**

 **4.3.1 Mifepriston –** nebo-li Mifegyne.V roce 1980 bylo objevení Mifepristonu – dříve označovaného jako RU – 486, pro francouzské vědce revolučním zvratem v prvotrimestrálním ukončování těhotenství. Za jeho objevitele můžeme považovat profesora Etienna – Emilea Baulieua společně se svými kolegy z Francouzského výzkumného národního institutu INSERM, na jejichž spolupráci se podílela také farmaceutická firma Roussel – Uclaf. Stěžejní objev však představoval až okamžik, kdy bylo zjištěno, že Mifepriston zvyšuje senzitivitu myometria na působení prostaglandinů. Interrupční účinky proto byly publikovány až o dva roky později. Do té doby byla účinnost samotného Mifepristonu nedostatečná a pohybovala se kolem 80%. (Fanta et al., 2016, s. 62-64)

 Účinné látky Mifepristonu spočívají především v působení na děložní hrdlo ve smyslu jeho změkčování a zrání, zvyšují také děložní kontraktilitu, způsobují deciduální nekrózu a jak je uvedeno výše, zvyšují senzitivitu myometria na prostaglandiny. (Pilka et al., 2017, s. 158) Mifepriston lze použít jako kontraceptivum, jelikož brání růstu folikulů, nebo jako postkoitální kontaceptivum, jelikož mění proliferující endometrium v sekreční a finálně způsobuje zánik žlutého tělíska. V souvislosti s farmakologickou metodou interrupce zvyšuje citlivost myometria na oxytocin. Jednorázové podání Mifepristonu 600mg zaručuje až 80% ukončených těhotenství do 49. dne sekundární amenorey. Při následné aplikaci Misoprostolu do 36 – 48 hodin, se zmíněná úspěšnost zvyšuje až na 96% pro těhotenství do 49. dne sekundární amenorey. (Fait et al., 2014, s. 91)

 Některé zdroje uvádějí, že dávka Mifepristonu 600mg per os, vykazuje stejnou účinnost jako dávka 200mg per os stejného přípravku. Podmínkou je však předpoklad užití kombinace obou léčivých přípravků, tedy Mifepristonu i Misoprostolu. Obecně tedy můžeme tvrdit, že kombinace obou přípravků je účinnější, než použití pouze prvního z nich, tzn. Mifepristonu, což bylo doloženo i v mnoha studiích. (Kulier, 2011)

 Jiné studie nasvědčují tomu, že děložní kontraktilita se po podání Mifepristonu nijak nemění ještě celých 24 – 36 hodin, avšak sliznice myometria v této době zvyšuje svoji senzibilitu vůči exogenním prostaglandinům až pětinásobně. I z tohoto faktu tedy opět vyplívá, že síla účinku farmakologické interrupce roste s užitím kombinace obou léčivých látek. (Beucher et al., 2014)

 Mifepriston je možné zmínit také v souvislosti s progesteronem, což je hormon důležitý pro vývoj plodového vejce, působící díky progesteronovým receptorům. Stejně jako později publikované interrupční schopnosti Mifepristonu, byly také později vyvinuty blokátory progesteronových receptorů – lilopriston a onapriston. Mifepriston je silným antagonistou progesteronu a k tomuto receptoru má až 5x vyšší afinitu. Toto však platí pouze v případě, že je progesteron přítomen. Pokud přítomen není, Mifepriston je jeho slabým agonistou. (Fanta et al., 2016, s. 62-64), (Fait et al., 2014, s. 91).

 Existují také situace, kdy je podání Mifepristonu kontraindikováno z důvodu poruch krevní srážlivosti, při onemocnění nadledvin, kortikoterapii, antikoagulační léčbě (Fait et al., 2014, s. 91), anemii, hypertenzi, cukrovce, věku nad 35 let, u kuřáků a u osob se zdravotním postižením. (Cui – Lan, 2015) Mimo užití Mifepristonu v souvislosti s farmakologickou interrupcí, je možné jej aplikovat i z dalších medicínských indikací, jako je například léčba symptomatických leiomyomů dělohy, endometrióza, Cushingův syndrom, rakovina prsu, či glaukom. (Dzuba et al., 2015)

 **4.3.2** **Misoprostol –** nebo-li Mispregnol**.** Jedná se o prostaglandin E1, který se váže na buňky myometria a působí silným uterotonickým účinkem, který vede k vypuzení plodového vejce na základě dilatace děložního hrdla. Vyskytuje se ve formě tablet, určených k per orálnímu podání, nebo vaginálnímu podání. (Pilka et al., 2017, s. 158)

 V otázce farmakologické interrupce je však v ČR možné pouze perorální podání spojené s rychlejší absorbcí. Existují možné interakce Misoprostolu s nesteroidními antirevmatiky, které mohou narušit jeho účinek a také s antacidy, které mohou působit negativně na zažívací trakt v podobě průjmů. Jako většina farmak, i Misoprostol s sebou nese možné nežádoucí účinky. Patřit mezi ně může nevolnost, zvracení, bolesti břicha z důvodu děložních kontrakcí a křečí, méně často infekce, infarkt myokardu (IM), spazmy koronárních tepen, či hypotenze. Podání není vhodné pro pacientky trpící poruchou jaterních a ledvinných funkcí, či poruchami výživy. (Lubušký, 2016, s. 30)

 Kromě abortiva se Misoprostol využívá také k prevenci vředového onemocnění žaludku, k indukci porodu, k prevenci a léčbě poporodního krvácení, nebo jako příprava děložního hrdla před zákrokem na děloze – například hysterektomie. (Dzuba et al., 2015) Naopak případy, kdy je aplikace Misoprostolu kontraindikována představují vybraná kardiovaskulární onemocnění, stavy po operacích na děloze, stavy po císařském řezu v daném roce, intrauterinní tělísko, děložní myomy a především astma bronchiale. (Fait et al., 2014, s. 91)

 V případě, že se do 30 minut po podání dávky Misoprostolu dostaví zvracení, může být účinek snížen. V tomto případě se doporučuje opětovné podání celé dávky, tedy 400µg. (Lubušký, 2016, s. 27)

 Po užití obou přípravků je nutné žadatelku o farmakologickou interrupci sledovat v příslušném zdravotnickém zařízení alespoň po dobu jedné hodiny. Během této doby je kontrolován tlak á 15 minut, dále riziko výskytu anafylaxe, riziko nauzey s následným zvracením a celkový stav, který je po uplynutí této doby posouzen lékařem. (Trávník, 2015, s. 7)

 Misoprostol byl zkoumán u 33 žen, rozdělených do dvou skupin, které byly ve stádiu raného těhotenství. První skupině žen byl přípravek podáván v dávkách v rozmezí 200 – 600µg, u čehož bylo zaznamenáno zvýšené napětí v děloze. Druhé skupině žen byl Misoprostol podán 48 hodin po podání 200 mg Mifepristonu, u čehož byla zaznamenána jednoznačně zvýšená děložní kontraktilita. U 18 žen z celkového počtu 21, se po podání obou léčivých přípravků potvrdil úplný potrat. Po podání pouze Misoprostolu se úplný potrat potvrdil pouze u dvou ze 40 žen. I tato studie tedy potvrzuje, že Misoprostol sám o sobě zvyšuje děložní aktivitu. V kombinaci s Mifepristonem však představuje vysoce efektivní metodu v otázce farmakologického ukončení těhotenství. (Norman et al., 1991)

**4.4 Působení farmakologické interrupce na sexualitu žen**

Byla provedena studie, která se zabývá dopadem umělého ukončení těhotenství na sexualitu žen, které jej podstoupily. Ukončení těhotenství na vlastní žádost je zaznamenáno především u žen ve věku pod 30 let, které stojí na počátku svého reprodukčního života. Jak je známo, umělé ukončení těhotenství může ovlivnit nejen psychiku ženy v negativním slova smyslu, ale může také podstatně ovlivnit směr, jakým se bude jejich život po interrupci ubírat a to i v otázce sexuality. Komplikace pramenící z psychických problémů mohou tudíž vést nejen k vztahovým sporům, ale i k rozvratu sexuálního života a tím k rozvratu velmi důležité složky kvality života. Je dokázáno, že rozvraty manželství a partnerství se po prodělané interrupci pohybují mezi 17 a 25%.

 Jiné, starší studie ukázaly, že negativní dopad na sexualitu v prvních týdnech a měsících po prodělané interrupci uvádí 10 – 20% žen. Podobné množství žen dokonce udává problémy i po jednom roce od prodělané interrupce. (Marotti et al., 2014)

 V této studii je mimo jiné zkoumáno, jak může umělé ukončení těhotenství ovlivnit sexualitu žen po farmakologické interrupci po třech týdnech, třech měsících a po půl roce od prodělaného zákroku. Studie se zúčastnily ženy, které žádaly umělé ukončení těhotenství v prvním trimestru na Gynekologicko-Porodnickém oddělení nemocnice San Martino v Itálii. Podmínky pro provedení této studie představovaly: jednočetné těhotenství, ochota vrátit se do šetření, sexuální aktivita v uplynulém měsíci a stabilní vztah s trváním alespoň 6 měsíců. Vylučující kritéria představovala například psychiatrická anamnéza, známky požívání alkoholu a drog, či zavedení intrauterinního tělíska v období po prodělané interrupci. Z šetření byly jednoznačně vyřazeny ty ženy, které měly v anamnéze jakékoliv srdeční, plicní, jaterní, či ledvinné onemocnění, zvýšené riziko trombembolických komplikací, či známou alergii na prostaglandiny.

 Farmakologická interrupce byla nabídnuta ženám, jejichž gestační stáří bylo do 49. dne sekundární amenorey. První krok představovalo podání Mifepristonu 600mg per os, pod dohledem zdravotnického personálu. Třetí den se ženy vrátily do nemocnice k ultrazvukové kontrole. V případě, že nebyl potvrzený kompletní potrat, ženy dostaly prostaglandin E1 - Misoprostol 400µg. Pokud ani tehdy nedošlo k úplnému potratu, po čtyřech hodinách se zopakovala stejná dávka Misoprostolu 400µg. Pokud po následující ultrazvukové kontrole ani nyní nedošlo ke kompletnímu potratu, interrupce byla považována za neúspěšnou a během tří dnů se přistoupilo k chirurgické revizi dutiny děložní.

 Po uplynutí třech týdnů až šesti měsíců, byly ženy tázány, zda jsou spokojeny v jejich sexuálním životě. Otázka byla položena formou, zda s ohledem na negativně prožité skutečnosti a případné změny v kvalitě života, došlo i k nějakým změnám ve vnímání sexuálního prožívání. Odpovědi byly hodnoceny díky jasně stanoveným možnostem – 1) velmi spokojena, 2) spokojena, 3) nevím, 4) nespokojena, 5) velmi nespokojena. Ze 74 žen se po čtyřech týdnech pouze 4 nepokusili o obnovení pohlavního styku. Po třech měsících se o totéž nepokusily dvě ženy a po půl roce se již takový případ neobjevil. Po půl roce také bylo většina odpovědí 1) velmi spokojena, či 2) spokojena. Z těchto výsledků tedy vyplívá, že farmakologická metoda interrupce nemá na sexualitu žen výraznější vliv. (Marotti et al., 2014)

**4.5 Imunoprofylaxe RhD erytrocytární aloimunizace**

V otázce farmakologické interrupce je také důležité poukázat na vyšetření RhD krevní skupiny pacientky, zejména u Rh negativních žen. Cílem je prevence a zabránění výskytu hemolytického onemocnění plodu v dalším těhotenství, díky imunoprofylaxi anti-D imunoglobulinem. V této problematice dochází u Rh pozitivního plodu k prostupnosti fetálních erytrocytů placentou jak během těhotenství, tak při porodu či potratu - včetně zmíněné farmakologické metody interrupce. Obecně dochází k zahájení tvorby protilátek v oběhu Rh negativní matky, což se může negativně projevit v dalším těhotenství za předpokladu, že plod bude opět RhD pozitivní. Projeví se v podobě silné imunitní reakce a následnou hemolýzou fetálních erytrocytů, přičemž může dojít právě k hemolytickému onemocnění novorozence. Toto onemocnění novorozence ohrožuje nejen hemolýzou – anemií, ale také bilirubinémií a tím pádem až poškozením CNS. (Fait et al., 2014, s. 347)

 Při vyšetření RhD krevní skupiny žadatelky o farmakologickou interrupci, není nutné čekat na výsledek před zahájením výkonu. Při následném potvrzení Rh negativity se zahájí RhD aloimunizace podáním imunoglobulinu anti-D v podobě přípravku Rhesonativ inj. 1ml á 125µg – 625 IU. Aplikace by měla přestavovat dávku alespoň 100µg podanou intramuskulárně do musculus gluten maximus. Tato aloimunizace by měla být provedena nejpozději do 72 hodin od zahájení výkonu. (Strašilová et al., 2016, s. 7)

**5. Interrupce v souvislosti s ženskou psychikou**

 Umělé ukončení těhotenství hraje odjakživa důležitou roli v otázce plánovaného rodičovství. Navzdory tomu, představuje problém, který čelí politickým, ekonomickým, náboženským, morálním a právním normám ve společnosti. Velkou část z probíraných témat v souvislosti s touto problematikou představuje psychika žen, kterou se zabývají mnohé studie. Hnutí „Pro-Choice“ a „Anti-Choice“ se těmito studiemi zabývají a mají snahu o rozšíření povědomí v rovině kladného i záporného pohledu na celou problematiku uměle ukončených těhotenství. Toto povědomí se odráží v celkové legalizační úpravě a dostupnosti prováděných interrupcí, která se liší po celém světě. (Vandamme et al., 2013, s. 309)

 Je dokázáno, že umělé ukončení těhotenství má na psychiku ženy podstatný vliv. Obecně by se dalo říci, že „postihnutí“ psychické stránky má v otázce umělého ukončení těhotenství daleko závažnější následky, než „postihnutí“ stránky somatické. Z toho také vyplývá daleko komplikovanější terapie a obecně její zhoršená prognóza.

 Mezi nejčastější psychické následky po interrupci patří pocity viny, lítostivost, výčitky svědomí, změny nálad s depresemi, pocity úzkosti, častý pláč, strach a mnoho dalších. V případě závažnějšího psychického stavu, mohou být tyto projevy doprovázeny dalšími somatickými změnami. Mezi tyto změny mohou patřit poruchy srdečního rytmu, zažívací potíže, kolísání krevního tlaku, křeče, migrény, či poruchy spánku, jež můžeme považovat za změněné projevy právě psychických potíží.

(Ucháčová, 2007, s. 97 - 98)

 Ukončení těhotenství v jeho vyšším stádiu představuje pro ženy obzvlášť vysokou emocionální zátěž. Příkladem může být ukončení těhotenství z genetické indikace, spontánní potrat ve vyšším týdnu těhotenství, porod mrtvého plodu, či úmrtí novorozence. Některé psychické obtíže mohou nastat s odstupem času a mohou přetrvávat různě dlouhou dobu, v některých případech i déle než rok. (Vrublová et al., 2016, s. 101 – 106) U vyššího stádia těhotenství se nejen počítá s narozením živého potomka, ale také už je většinou angažováno i okolí, které se připravuje na příchod nového člena rodiny. Obecně platí, že čím více příprav proběhlo, tím je následné smiřování se ztrátou miminka těžší. Velikost zármutku může záviset také na životních zkušenostech partnerů. Pro mladý pár, který nemá zkušenosti s těmito životními tragédiemi, bude pravděpodobně těžší se s celou situací smířit. Naopak pro starší rodiče, kteří už možná podobnou situaci zažili, či mají jiné negativní životní zkušenosti se ztrátou milované osoby, bude vnímání celé události na jiné emocionální úrovni. Také žena, která o těhotenství silně usilovala, a které se povedlo nakonec otěhotnět ať už spontánně, či díky umělému oplodnění (IVF), bude stejnou situaci prožívat mnohem emotivněji než žena, která otěhotněla neplánovaně. (Pilka et al., 2016, s. 215)

 Jistý zdroj uvádí, že predispozice k duševním problémům po prodělané interrupci mají hlavně ženy, u kterých je duševní zdraví již samo o sobě oslabeno. Z toho vyplývá, že většina zdravých žen by měla být schopna se s touto životní zkušeností poměrně dobře vyrovnat, bez dalších nežádoucích vlivů na jejich psychiku. Ovšem pouze za předpokladu, že k tomuto rozhodnutí dospěly samy. Navzdory tomuto tvrzení je ale v posledních letech u žen pozorován spíše zvýšený nárůst právě psychických komplikací. Tyto obavy mohou pramenit ze zvýšené kriminality v dnešní době, kdy jsou ženy častěji oběťmi znásilnění, či sexuálního obtěžování. Kombinace těchto traumat společně s úzkostlivou povahou, či depresemi dá snadněji za vznik právě psychickým problémům po prodělání umělého ukončení těhotenství. Psychické problémy se v tomto případě mohou projevit například jako posttraumatická stresová porucha, či post-abortivní syndrom. Prodělaná interrupce v podstatě představuje nové trauma, které často zapůsobí jako připomínka na dřívější traumatickou zkušenost a samovolně u žen spustí posttraumatickou reakci, či depresivní stavy. (Lundell et al., 2013, s. 481)

**5.1 Nechtěné těhotenství**

 Dle Světové zdravotnické organizace (WHO) je ročně provedeno zhruba 43,8 milionů (21%) uměle ukončených těhotenství. Z tohoto počtu je téměř polovina prováděna v nežádoucích podmínkách, nekvalifikovanými osobami bez náležitého zdravotnického vzdělání. Tato skutečnost vede k dalšímu faktu, že ročně na následky takto provedených interrupcí zemře téměř 47 000 žen. (Sensoy et al., 2015, s. 452)

 V minulosti bylo obtížné slovo „nechtěné“ definovat a obecně popsat jeho význam. V souvislosti s umělým ukončením těhotenství je nechtěné těhotenství takové, u kterého se oba rodiče shodnou, že těhotenství nechtěli a tudíž je nežádoucí (unwanted). V případě, že si těhotenství přáli, ale ne v tuto chvíli, označuje se jako „špatně načasované“ (mistimed). Tyto dvě kategorie samovolně spadají do skupiny „neplánovaného“ (unintended) těhotenství. (Oas, 2016, s. 10 - 11)

 Odpůrci interrupcí stále častěji tvrdí, že roste počet žen, které po prodělaném umělém ukončení těhotenství nakonec svého rozhodnutí litují. Ač většina žen po interrupci nechtěného těhotenství pociťuje úlevu, u mnohých se spustí depresivní stavy a jsou nuceny vyhledat odbornou pomoc psychologa. Jak už zaznělo výše, duševní rozpoložení žen před zákrokem může napovědět, jakým směrem se bude vyvíjet posléze. Není to však pravidlem a u některých žen se bez předchozích duševních problémů objeví post-abortivní symptomy. Z tohoto důvodu je důležité zaměřit se na mezilidské a psychosociální faktory. (Kimport et all., 2011, s. 103)

 Pro ženy, které se rozhodnou podstoupit umělé ukončení těhotenství ze své vlastní vůle, je pozdější období daleko jednodušší, než pro druhou skupinu žen. Do druhé skupiny patří ty ženy, které se s myšlenkou interrupce plně neztotožňují, ale uvědomují si důvody, které je k tomuto rozhodnutí vedou. Některé dokonce posléze přiznaly, že by si přály v těhotenství pokračovat. (Kimport et al., 2011, s. 105)

 Tato studie také uvádí, že ženy v otázce umělého ukončení těhotenství potřebují o celé situaci rozhodnout samy, bez vnější intervence. Potřebují také cítit oporu partnera, rodiny i přátel v jejich stanovisku k celé situaci. Dodržení těchto zásad má obrovský vliv na kladné vyrovnání se s celou záležitostí. Strach z nepochopení a ztráty podpory může mnohé vést k utajené interrupci, což stejně jako nátlak k interrupci může vést k vážným duševním poruchám. (Kimport et al., 2011, s. 108)

**5.2 Interrupce, jako služba společnosti**

Tato studie Amerického výzkumného týmu ze Státní univerzity Bowling Green v Ohiu, pod vedením paní profesorky Priscilly Colemanové, se zabývá emocionálním dopadem na ženy po prodělaném umělém ukončení těhotenství. Bylo osloveno 987 žen, které podstoupily umělé ukončení těhotenství, aby zhodnotily pozitiva i negativa jejich počínání. Nejčastěji uváděná pozitiva zahrnovala: duchovní růst, zapojení se do Hnutí pro život, či oslovení dalších žen, které si prošly stejným traumatem. Tyto pocity a činy však ve většině případů přišly až po letech duševního strádání. Z celkového počtu 987 žen, 32% neuvedlo žádné pozitivum z podstoupení tohoto zákroku. Častěji zmiňovaná negativa, zahrnovala: pocity ztráty, existenční obavy, či zhoršení kvality života. Závažnější negativní pocity mohly představovat žal, pocity viny, deprese, snížené sebehodnocení, sebedestruktivní chování až myšlenky na ukončení života, což v podstatě spadá do kategorie post-abortivního syndromu.

 Zkušenosti s neplánovaným těhotenstvím, otázkou volby a vyrovnáním se s volbou interrupce byly zpracovány v mnoha medicínských i psychologických studiích. Mnoho debat z různých oblastí se točí kolem otázky, v jakém rozsahu umělé ukončení těhotenství poznamenává ženy, které se k tomuto zákroku rozhodnou. Bylo shrnuto několik rizikových faktorů, které mohou souviset s následným  psychickým rozpoložením u žen po dokonané interrupci. Patří mezi ně:

1) pocit odpovědnosti a úcty k těhotenství

2) pocit nátlaku okolí k podstoupení interrupce

3) zjevná nejistota, zda žena interrupci skutečně podstoupit chce

4) snaha udržet interrupci v tajnosti z obavy nepochopení okolím

5) předchozí traumatická zkušenost

6) zkušenost s emocionálním, psychickým, či sexuálním zneužíváním

7) předchozí nevyrovnaná ztráta a tím vnímání interrupce jako ztráty

8) duševní nestabilita a psychická disbalance před interrupcí

9) vnímání interrupce jako nadměrně stresující záležitosti

10) víra, že interrupce znamená zabití novorozeněte

 (Coleman et al., 2017, s. 113)

 Výsledky šetření dokázaly, že nadpolovina dotazovaných žen, tedy 58,3%, nevnímala prodělanou interrupci jako výsledek svého vlastního rozhodnutí a na interrupci šly z důvodu nátlaku okolí. Dalším důvodem pro 24,8% žen, které interrupci podstoupily, byla obava ze ztráty partnera. I přes tyto skutečnosti, zhruba 49,2% žen vnímaly svůj plod jako živou bytost a 66% žen uvedlo, že podstoupením interrupce udělaly chybu.

 Tato studie také dokazuje, že jen malé procento žen podstoupí umělé ukončení těhotenství ze své vlastní iniciativy, bez vnější intervence. Ve většině případů k tomuto kroku ženy dovede nátlak ze strany partnera, rodičů, přátel, či složitá životní situace. Výsledkem tohoto počínání je smrt nenarozeného jedince a zasažená psychika žen. (Coleman et al., 2018, s. 12)

**5.3 Postabortivní syndrom (PAS)**

 Existují dohady o tom, zda lidé trpí stejným způsobem při umělém ukončení těhotenství jako ti, u kterých došlo k potratu spontánnímu. Rozdíl tkví v otázce, zda může někdo, kdo o celé situaci rozhodl, pociťovat podobný smutek jako někdo, kdo o těhotenství přišel nedobrovolně. Dnes však víme, že pocity smutku a strádání se mohou objevovat u všech ztrát těhotenství stejnou měrou. (Burdová, 2017, s. 6)

 Obecně post-abortivní syndrom označuje psychický stav žen po prodělané interrupci, či potratu, který se u nich může dostavit bezprostředně po zákroku, či s delším časovým odstupem. O post-abortivním syndromu můžeme hovořit také jako o onemocnění, které se rozvine z potlačených negativních prožitků samotné interrupce, nebo v případě, že k rozvinutí „PAS“ dojde po delším časovém období, považujeme jej za její následek. (Ucháčová, 2007, s. 9) K rozvinutí toho syndromu může často přispívat právě negativní psychické rozpoložení, kdy žena není mnohdy schopna projevovat a vyjadřovat své pocity související s těhotenstvím, interrupcí, či potratem. Žena také nemusí být schopna dosáhnout vnitřního klidu a se ztrátou se vyrovnat. (Freed et al., 2008, s. 17) V podstatě můžeme tvrdit, že se jedná o duševní ránu, která může často vést k vyhledání odborné péče. Tato péče se často skládá nejen z psychoterapie, ale často také z duchovní péče, jelikož samotná terapie je mnohdy velice komplikovaná a vyžaduje hlubší péči, která by mohla vést k psychickému uzdravení. (Ucháčová, 2007, s. 9)

 Pro společnost je velice obtížné zhodnotit, jak velký význam pro ženu těhotenství mělo. Ať už bylo těhotenství plánované, či neplánované, vždy může v ženě probudit obrovskou vlnu emočních reakcí. V této souvislosti je velice důležitá podpora okolí, která má na vyrovnávací průběh často velice dobrý vliv. (Pilka et al., 2016, s. 215)

 Některé zdroje uvádějí, že komplikací v podobě post-abortivního syndromu je v dnešní době minimum, což může také souviset s benevolentnějším postojem společnosti a upravenou legislativou vzhledem k tomuto tématu. Velké množství studií také potvrzuje, že umělé ukončení těhotenství ženě nepůsobí více psychických problémů, než samotné nechtěné těhotenství. (Rastislavová, 2008, s. 35)

**Závěr**

 První cíl této práce seznamuje čtenáře s obecnou problematikou interrupcí a řeší nejčastěji kladenou otázku ohledně vzniku života. Dále objasňuje metody umělého ukončení těhotenství, které jsou v České republice prováděny. První otázce se tato kapitola věnuje pro pochopení významnosti daného tématu. Není jednoduché zaujmout jeden, či druhý postoj, ale zamyslet se nad všemi okolnostmi, které s touto problematikou souvisejí. Odpůrci interrupcí nevidí rozdíl v metodách, které k umělému ukončení těhotenství naše zdravotnictví nabízí, vidí pouze cíl, který jakoukoliv metodou skončí, čímž je smrt nenarozeného plodu. Zastánci naopak nechávají na ženách svobodnou volbu a odborníci vidí v legalizaci interrupcí mimo jiné méně kriminálních potratů a potratové turistiky. Jednoznačně tedy nelze vyjít z problematiky s jasným tvrzením, je jen velice důležité znát postoje všech vrstev společnosti a znát metody, které jsou k tomuto kroku v České republice dostupné.

 Druhý cíl je zaměřen na vývoj a legalizaci interrupcí u nás. Vede k finální registraci potratové pilulky a tím k legalizaci farmakologické interrupce, k čemuž je důležité znát vývoj legalizace i z dob minulých. Stejně jako nebylo lehké prosadit farmakologickou metodu interrupce v České republice před čtyřmi lety, nebylo lehké prosadit samotnou legalizaci interrupcí obecně. Je proto zajímavé se dozvědět, co uzákonění interrupce v České republice provázelo.

 Třetí cíl se zabývá problematikou samotné farmakologické interrupce. Usiluje o seznámení s touto metodou v podrobné míře. Zaznamenává nejen pozitiva této metody, ale také její úskalí. Hodnotí farmakologickou interrupci nejen samu o sobě, ale i v souvislosti se somatickým a psychickým prožívání žen. V celkovém výsledku se tato metoda projevila jako šetrný nástroj v umělém ukončování těhotenství.

 Poslední, čtvrtý cíl popisuje psychiku žen, které měly osobní zkušenost s interrupcí. Každá žena je individuální osobnost, jejíž prožívání je velice různorodé. Pozitivní vliv farmakologické interrupce na psychiku žen se sice podařilo prokázat jen částečně, obecně však lze tvrdit, že tato metoda interrupce představuje pro naše zdravotnictví krok vpřed.

**Referenční seznam**

1) ALCORN, Randy C. *Proč chránit nenarozený život: péče o nenarozené děti a jejich matky*. Praha: Návrat domů, c2011. ISBN 978-80-7255-242-9.

2) BAHOUNEK, Jiří. *Čtyři pohledy na interrupci*. Ostrava: Key Publishing, 2007. ISBN 978-80-87071-09-0.

3) BETTAHAR, Karima et al. Medical induced abortion. *Journal de Gynecologie, Obstetrique et Biologie de la Reproduction*. Francie, 2016, **45**(10), 14. DOI: 10.1016/j.jgyn.2016.09.033.

4) BEUCHER. Misoprostol: off-label use in the first trimester of pregnancy (spontaneous abortion, and voluntary medical termination of pregnancy). *Journal de Gynecologie, Obstetrique et Biologie de la Reproduction*. Paris, 2014, **43**(2). DOI: 10.1016/j.jgyn.2013.11.007.

5) BURDOVÁ, Ilona. Diagnóza - postabortivní syndrom. *Hnutí pro život Čr*. Česká republika, 2017, (4), 6-7.

6) CAMERON, Nigel Malcolm de Segur. *Je život opravdu posvátný?*. Praha: Luxpress, 1993. ISBN 80-7130-029-2.

7) COLEMAN, Priscilla K. et al. Women who suffered emotionally from abortion. *Journal of American Physicians and Surgeons*. USA, 2017, **22**(4), 113-118.

8) COLEMAN, Priscilla K. Většina žen podstupuje potrat, aby uspokojilo své okolí. *Hnutí pro život Čr*. Česká republika, 2018, (2), 12-13.

9) CUI-LAN, Li et al. Effectiveness and Safety of Lower Doses of Mifepristone Combined With Misoprostol for the Termination of Ultra-Early. *Reproductive sciences*. 2015, **22**(6), 706 - 711. DOI: 10.1177/1933719114557897. ISSN 1933-7191.

10) ČERNÝ, Milan a Ilona SCHELLEOVÁ. *Právní úprava umělého přerušení těhotenství*. Praha: Eurolex Bohemia, 2003. ISBN 80-86432-60-2.

11) DUDOVÁ, Radka. *Interrupce v České republice: zápas o ženská těla*. Praha: Sociologický ústav Akademie věd České republiky, 2012. ISBN 978-80-7330-214-6.

12) DZUBA, Ilana G. Off-label indications for mifepristone in gynecology and. *Contraception*. 2015, **92**(3), 203 - 205. Dostupné z: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010782415002590?via%3Dihub#!

13) FAIT, Tomáš, Michal ZIKÁN a Jaromír MAŠATA. *Moderní farmakoterapie v gynekologii a porodnictví*. Praha: Maxdorf, c2014. Jessenius. ISBN 978-80-7345-403-6.

14) FANTA, Michael et al. Farmakologické ukončení těhotenství. *Acta medicinae*. Česká republika: Praha : ERA Média, 2012-, 2016, **5**(4), 62-65. ISSN 1805-398X.

15) FREED, Luci a Penny Yvonne SALAZAR. *Čas k uzdravení: naděje a pomoc při překonávání postabortivního syndromu*. Praha: Paulínky, 2008. Klíč (Paulínky). ISBN 978-80-86949-44-4.

16) HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9.

17) KIMPORT, Katrina et al. Social sources of womens emotional difficulty after abortion. *Journal of Theoretical Social Psychology*. 2011, **43**(2), 103-109. DOI: 10.1363/4310311.

 18) KULIER, Regina. Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Fertility Regulation Group*. Switzerland, 2011, **9**(11). DOI: 10.1002/14651858.CD002855. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22071804

19) KŘEPELKA, Petr. Farmakologické ukončení těhotenství: Farmakologická interrupce. *Standardy léčebných postupů a kvalita ve zdravotní péči* [online]. Česká republika: Verlag Dashöfer, 2016 [cit. 2018-04-19]. ISSN 2336-4580. Dostupné z: https://www.mediprofi.cz/pks/onb/33/gyn-12-farmakologicke-ukonceni-tehotenstvi-farmakologicka-interrupce-uniqueidmRRWSbk196FNf8-jVUh4EoFib53d9gljKgjHokTlq7E/?e=1JAu9laPudZLswdI8fxZ5xQ&uid=1s4vwO98uc32LlARid4BGuSw4K-x\_haFF

20) LUBUŠKÝ, Marek. Umělé ukončení těhotenství - hledisko medicínské, organizační, legislativní a ekonomické. *Gynekologie a porodnictví*. 2016, **1**, 12-30. ISSN 2533-4689.

21) LUNDELL, Inger Wallin et al. The prevalence of posttraumatic stress among requesting induced abortion. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health*. 2013, **18**(6), 480-488.

22) MARROTI, Matteo et al. Changes in sexual function after medical or surgical termination of pregnancy. *The Journal of sexual medicine*. 2014, **11**, 1945 - 1504. DOI: 10.1111/jsm.12506. ISSN 1743-6095.

23) MOLNÁROVÁ, Gabriela. Umělé přerušení těhotenství a jeho úprava v českém právním řádu. *EPRAVO.CZ MAGAZINE* [online]. Česká republika, 2001 [cit. 2018-04-19]. ISSN 1213-189X. Dostupné z: https://www.epravo.cz/top/clanky/umele-preruseni-tehotenstvi-a-jeho-uprava-v-ceskem-pravnim-radu-7062.html?mail

24) NAVRÁTILOVÁ, Michaela. Interrupce včera a dnes. *Sestra* [online]. Česká republika, 2013, (7-8) [cit. 2018-04-19]. ISSN 12-10-0404. Dostupné z: https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/interrupce-vcera-a-dnes-471156

25) NORMAN, J.E. et al. Uterine contractility and induction of abortion in early pregnancy of misoprostole and mifepristone. *The Lancet*. Velká Británie, 1991, **8777**(338), 1233-1236. DOI: https://doi.org/10.1016/0140-6736(91)92102-8. ISSN 0140-6736.

26) OAS, Rebbeca. Honba za nechtěným dítětem. *Hnutí pro život Čr*. Česká republika, 2016, (1), 10-11.

27) PILKA, Radovan a Martin PROCHÁZKA. *Gynekologie*. 2. opravené vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2017. ISBN 978-80-244-5158-9.

28) PILKA, Radovan. *Gynekologie*. Praha: Maxdorf, 2017. Jessenius. ISBN 978-80-7345-530-9.

29) *Proč pláčeš, Miriam: utrpení žen po umělém potratu : "postabortivní syndrom" : svědectví postižených žen a informace lékařů o psychických následcích umělého potratu*. Vyd. 2. Přeložil Kateřina UCHÁČOVÁ. Jihlava: Hnutí Pro život ČR, 2007. ISBN 978-80-239-7524-6.

30) RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Aplikovaná psychologie porodnictví: [psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí : psychosomatická medicína : učební texty pro porodní asistentky]*. Praha: Reklamní atelier Area, 2008. ISBN 978-80-254-2186-4.

31) ROZTOČIL, Aleš a Pavel BARTOŠ. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2832-2.

32) SENSOY, Nazli et al. Unwanted pregnancy and traditional self-induced abortion methods known among women aged 15-49. *Journal of the Pakistan Medical Association*. 2015, **65**, 452-456. ISSN 0030-9982.

33) SKÁLOVÁ, Andrea. Potratová pilulka od června k dispozici i u nás. *Zdravotnictví a medicína*[online]. Česká republika, 2014, (15) [cit. 2018-04-19]. ISSN 2336-2987. Dostupné z: https://zdravi.euro.cz/clanek/potratova-pilulka-od-cervna-k-dispozici-i-u-nas-476508?seo\_name=mlada-fronta-noviny-zdravi-euro-cz

34) SLUNSKÁ, Petra et al. Management umělého ukončení těhotenství Farmakologickou metodou nepřesahuje-li těhotenství 7 týdnů v České republice. *Česká gynekologie*. Česká republika, 2017, **5**(82), 1-9. ISSN 1210-7832.

35) STRAŠILOVÁ, Petra et al. Farmakologické ukončení těhotenství v I. trimestru. *Postgraduální medicína*. 2016, **18**(4), 1-8.

36) TRÁVNÍK, Pavel. Principy farmakologického ukončení těhotenství a evakuace děložní dutiny. *Praktické lékárenství*. Česká republika: Solen, 2015, **11**(1), 2. ISSN 1801-2434.

37) VANDAMME, Joke et al. Pre-abortion counselling from women´s point of view. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health*. 2013, **18**(4), 309-318. DOI: 10.3109/13625187.2013.796586.

38) VRÁNOVÁ, Věra. *Historie babictví a současnost porodní asistence*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. ISBN 978-80-244-1764-6.

39) VRUBLOVÁ, Yvetta a Petra KRAMNÁ. Zkušenosti žen s ukončením těhotenství z genetické indikace. *Praktická gynekologie*. Česká republika, 2016, **20**(2), 101-106.

40) WINTR, Jan a Marek ANTOŠ, ed. *Základní lidská práva a svobody*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta, 2015. ISBN 978-80-87975-36-7.

**Seznam použitých zkratek**

CRL – crown to rump length, temeno – kostrční délka

ČR – Česká republika

hCG – lidský choriový gonadotropin

IUD – intra uterine device, nitroděložní tělísko

IU – international unit, mezinárodní jednotky

IVF – in vitro fertilization, umělé oplodnění

LZPS – listina základních práv a svobod

PAS – post-abortivní syndrom

Rh – Rhesus faktor

RU-486 – Mifepriston

UPT – umělé přerušení těhotenství

UUT – umělé ukončení těhotenství

ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR