

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav porodní asistence

Barbora Pluháčková

Nechtěné těhotenství

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. et Bc. Daniela Javornická

Olomouc 2022

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

Olomouc 27. dubna 2022

Poděkování

Děkuji vedoucí mé bakalářské práce Mgr. et Bc. Daniele Javornické, za odborné vedení, cenné rady, věcné připomínky, ochotu a trpělivost, kterou mi při zpracování této práce věnovala. Děkuji také své rodině, manželovi a přátelům, kteří mě podporovali a byli mi oporou po celou dobu studia.

Anotace

Typ závěrečné práce:	Bakalářská práce
Téma práce:	Nechtěné těhotenství
Název práce:	Nechtěné těhotenství
Název práce AJ:	Unwanted pregnancy
Datum zadání:	30.11.2021
Datum odevzdání:	27. 4. 2022
Vysoká škola, fakulta, ústav:	Univerzita Palackého v Olomouci Fakulta zdravotnických věd Ústav porodní asistence
Autor práce:	Pluháčková, Barbora
Vedoucí práce:	Mgr. et Bc. Javornická Daniela
Oponent práce:	Mgr. Svancarová Kateřina

Abstrakt v ČJ: Přehledová bakalářská práce se zabývá problematikou nechtěného těhotenství, které je celosvětovým problémem ovlivňující rodinu i veřejnost. Práce předkládá aktuální publikované poznatky nejen o vlivu nechtěného těhotenství na matku i plod, ale také se zaměřuje na možnosti řešení a prevenci nechtěného těhotenství. Přehledová práce se také zabývá historií nechtěného těhotenství a srovnáním s vybranými zeměmi, problematikou rizikového chování žen, které je jedním z faktorů pro vznik nechtěného těhotenství. Poznatky, které byly využity ke zpracování přehledové práce, byly vyhledány v databázích PubMed a Google Scholar.

Abstrakt v AJ: The review bachelor thesis deals with the issue of unwanted pregnancy, which is a global problem affecting the family and the public. The thesis presents current published knowledge not only about the influence of unwanted pregnancy on the mother and the fetus, but also focuses on the possibilities of solving and preventing unwanted pregnancy. The review also deals with the history of unwanted pregnancies and comparisons with selected countries, the issue of risky behavior of women, which is one of the risk factors for unwanted pregnancies.

The findings, which were used to process the survey, were searched in the databases PubMed and Google Scholar.

Klíčová slova: nechtěné těhotenství, těhotenství, vliv, potrat, antikoncepce, psychické problémy, prevence

Klíčová slova v AJ: unwanted pregnancy, pregnancy, effect, abortion, contraception, mental problems, prevention

Rozsah: 45 stran/ 0 příloh

Obsah

Úvod	8
1. Popis rešeršní činnosti	10
2. Historie a současnost nechtěného těhotenství a potratů	14
3. Nechtěné těhotenství.....	19
4. Rizikové chování	20
5. Vliv nechtěného těhotenství	22
5.1. Vliv na ženu	23
5.2. Vliv na dítě.....	26
6. Řešení nechtěného těhotenství.....	28
6.1. Interrupce v Česku	28
6.2. Anonymní porod	31
6.3. Baby box	31
7. Prevence nechtěného těhotenství.....	32
7.1. Ženská antikoncepce.....	32
7.2. Hormonální antikoncepce	34
7.3. Nouzová antikoncepce	34
7.4. Mužská antikoncepce.....	34
8. Význam limitace a dohledaných poznatků.....	37
Závěr.....	38
Referenční seznam.....	39
Seznam zkratk.....	45

Úvod

Mateřství patří k nejkrásnějším rolím v životě většiny žen a přináší rodičům pocit štěstí. Avšak může také vést k napětí v důsledku fyzických a psychických změn. (Mokaberian et Al, 2021) Vzájemný respekt partnerů a jejich odpovědnost v sexuálním životě patří k základním aspektům plánovaného rodičovství. (Tomanová et al.,2014).

Ne vždy je těhotenství chtěné nebo plánované. Těhotenství, po kterém alespoň jeden z páru netouží, je označováno jako nechtěné. Nechtěné těhotenství a komplikace jím způsobené je označováno za celosvětový problém, neboť může vést k nebezpečným potratům. (Jalali, 2019)

Reprodukční schopnost je považována za nejvýznamnější faktor v životě ženy. S těhotenstvím se postupně mění nejen schopnost a funkce orgánů, ale také dochází ke změnám fyzické i psychické výkonnosti. Nechtěné těhotenství je závažný problém v oblasti reprodukce, který negativně působí na těhotenství, porod, partnerské vztahy a zdraví matky i dítěte. (Yaya, 2018)

S nechtěným těhotenstvím se nejčastěji setkáváme v gynekologické ambulanci, kdy lékař potvrdí graviditu. Těhotenství může být pro matku nebo otce velice náročná situace, se kterou se delší dobu vyrovnávají. V souvislosti s nechtěným těhotenstvím je možné si položit otázku „Jaké jsou nejnovější poznatky o vlivu nechtěného těhotenství na partnerský vztah, metody řešení nechtěného těhotenství a možnosti prevence nechtěného těhotenství?“

Cílem této bakalářské práce je sumarizovat aktuální publikované informace týkající se problematiky nechtěného těhotenství, vliv na matku i na dítě, možnosti řešení a prevence nechtěného těhotenství. Cíl práce byl specifikován v dílčích cílech:

CÍL 1. Předložit aktuální dohledané poznatky o vlivu nechtěného těhotenství na rodinu jako celek.

CÍL 2: Předložit aktuální dohledané poznatky o metodách řešení a prevence nechtěného těhotenství.

Vstupní literatura

PROCHÁZKA, Martin, [2020]. *Porodní asistence*. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN isbn978-80-7345-618-4.

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

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

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

1. Popis rešeršní činnosti

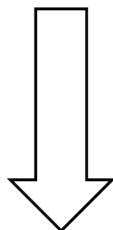
Vyhledávací kritéria

klíčová slova v ČJ: nechtěné těhotenství, těhotenství, vliv, potrat, antikoncepce, psychické problémy, prevence

klíčová slova v AJ: unwanted pregnancy, pregnancy, effect, abortion, contraception, mental problems

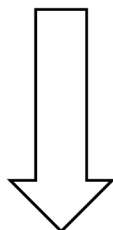
jazyk – anglický, český, francouzský

období –1991-2022

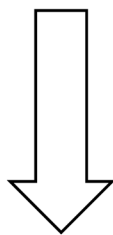


Databáze

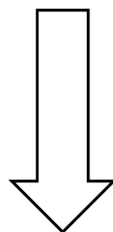
Google Scholar, PubMed



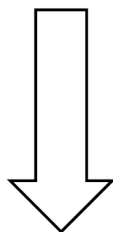
Nalezeno článků: 148



Vyřazující kritéria:
duplicitní články
kvalifikační práce
články, které nesplnily kritéria



SUMARIZACE VYUŽITÝCH DATABÁZÍ A DOHLEDANÝCH DOKUMENTŮ:
PUBMED- 35 článků
GOOGLE SCHOLAR- 5 článků



Sumarizace dohledaných periodik a dokumentů

Knižní publikace -2

Webové stránky – 4

Doporučený postup - 1

Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica -1 dokument

Am Fam Physician -1 dokument

American Journal of Obstetrics and Gynecology -1 dokument

American Journal of Public Health - 1 dokument

Archives de Pédiatrie - 1 dokument

Archives of Women's Mental Health - 1 dokument

Australian Journal of General Practice - 1 dokument

Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology – 1 dokument

BMC Pregnancy and Childbirth - 2 dokumenty

Česká antropologie - 1 dokument

European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology -1 dokument

Fertility and Sterility - 2 dokumenty

Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie - 1 dokument

Healthcare - 1 dokument

Health Matters - 1 dokument

Children by Choice? - 1 dokument

Indian Journal of Medical Ethics - 1 dokument

Int J Community Based Nurs Midwifery - 1 dokument

International Journal of Epidemiology - 1 dokument

International Journal of Health Studies- 1 dokument

Journal of Women in Culture and Society - 1 dokument

Journal of Women's Health - 1 dokument

Obstetrics and Gynecology Clinics of North America - 1 dokument

PLOS ONE - 4 dokumenty

Psychiatric Quarterly - 1 dokument

Reproductive Health - 1 dokument

Reproductive Health Matters - 1 dokument

StatPearls - 1 dokument

Studies in Family Planning - 1 dokument

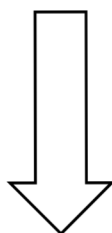
The Journal of Pediatrics - 1 dokument

The Journal of Sexual Medicine - 1 dokument

The Lancet Global Health - 1 dokument

The Yale journal of biology and medicine - 1 dokument

Women's Health - 1 dokument



Pro tvorbu teoretických východisek bylo použito 39 dohledaných článků,
4 webové stránky, 2 knihy, 1 doporučený postup

2. Historie a současnost nechtěného těhotenství a potratů

Česká republika

Před rokem 1957 bylo ukončení těhotenství trestané odnětím svobody, které se týkalo partnera i poskytovatele služby. Využívalo se tehdy antikoncepčních metod, které nebyly spolehlivé, jednalo se o mužský prezervativ a přerušovanou soulož. Interrupce neměla být jedinou možností řešení nechtěného těhotenství, avšak nedostatek a nespolehlivost antikoncepční metody způsobil to, že se interrupce stala častým řešením. K legalizaci interrupcí došlo v roce 1957 a hlavní důvodem bylo potenciální zlepšení reprodukčního zdraví a zvýšení pracovní síly v socialistické době. Těhotná žena, která se rozhodla pro ukončení těhotenství, v roce 1957 musela předstoupit před interrupční komisi, která rozhodla, zda ženě interrupci povolí. (Dudová, 2012)

Statistika potratů byla zavedena v roce 1958 z účinnosti zákona o potratech č.68/1957 Sb. Tento zákon o umělém přerušení těhotenství charakterizuje umělé přerušení těhotenství jako lékařský zákrok, o který může požádat těhotná žena, pokud je její žádosti vyhověno interrupční komisí. Statistika potratů byla zavedena již dříve, okolo roku 1953, avšak neodpovídala skutečnosti, jelikož docházelo k nelegálním potratům, které se do statistiky nezapisovaly. (ČSU, 2022)

„Interrupční komise stanovila podmínky, které žena musela splňovat. Jednalo se především o zdravotní komplikace a jiné závažné důvody. K závažným důvodům patřila věková kategorie nad 40 let, gravidita jako následek znásilnění, obtížná situace neprovdané ženy nebo ztráta manžela. V 60. letech došlo k vysokému nárůstu interrupcí a snížení porodnosti. V rámci projektu „nechtěné děti trpí“ byla pozornost upnuta na děti narozené ženám, které by jinak využily možnost potratu. Byl popisován život nechtěného dítěte (narozeného osamělé matce, páru, nebo do velkých rodin, kde se rodiče nejsou schopni postarat o své děti, život opuštěného dítěte)“. (Dudová 2012).

Zákon č.68/1957 Sb. byl nahrazen v roce 1986 zákonem č. 66/1986 Sb. a prováděcí vyhláškou Ministerstva zdravotnictví ČSR č. 75/1986 Sb. Došlo ke zrušení interrupční komise. O umělé přerušení těhotenství může požádat každá žena. Žádost může být odmítnuta lékařem pouze za zdravotních důvodů nebo pro pokročilé těhotenství. Právní ustanovení z roku 1986 jsou v České republice stále platná. (ČSU, 2022)

Ke snížení množství potratů došlo v roce 1989, kdy se počet interrupcí z původních 107 tisíc snížil na 25 tisíc. Snížování interrupcí je důsledkem užívání antikoncepce a osvěty mladistvých ve školském programu. (Hollá, 2011)

Norsko

Během vlády Norského krále Christiana V. v roce 1687 byly ženy, které se rozhodly přerušit těhotenství nebo usmrtit dítě, vystaveny trestu smrti. Stejného trestu se dostalo i ženám, které provozovaly pohlavní styk mimo manželský svazek. Postupně se tresty smrti nahrazovaly těžkou prací nebo v letech 1902-1964 odnětím svobody po dobu 3 let za přerušení těhotenství. (Austveg, 2013)

Počet potratů v Norsku byl mezi lety 1995-2013 v rozmezí 12,5-14,5 na 1000 žen ve věkové kategorii 15-49 let. V Norsku není umělé ukončení těhotenství zpoplatněno, ale nesmí se provádět mimo systém veřejného zdravotnictví. Do roku 2009 Norsko využívalo především lékařské potraty, užití látek mifepriston a misoprostol, který se uvádí v doporučených postupech pro ukončení těhotenství do 9. týdne těhotenství. Po roce 2009 došlo ke změně v doporučených postupech, kdy je umožněno ženám si doma zavést vaginálně tabletku misoprostolu do 12. týdne těhotenství (Løkeland, 2013)

V nemocniční gynekologické ambulanci za přítomnosti porodní asistentky či lékaře žena užije tabletku mifepristonu 200mg, za dva dny si žena zavede vaginálně tabletu misoprostolu 0,2mg, po které nastanou kontrakce, které vypudí plodové vejce z dutiny děložní. Po 3 týdnech od podání tablety misoprostolu se ženě odebere vzorek krve na stanovení hodnoty hCG. Pokud má těhotná žena poruchu polykacího reflexu, psychické onemocnění, které brání využití metody lékařského potratu, provádí se chirurgický potrat. (Mählck, 2017)

Rusko

V Období 20 let 20. století v Rusku bylo umožněno ženám ukončit těhotenství, a to na základě pracovních povinností. Změna nastala v roce 1936, kdy tehdejší vůdce Stalin měl obavy z postupného snižování porodnosti, a proto došlo k zákazu ukončení těhotenství. To vedlo k zvýšení počtu nelegálních potratů až do roku 1954, kdy se stal sovětský politik Chruščev předsedou vlády. Došlo k legalizaci potratů, ženám se dostala možnost prevence antikoncepční metodou, ale i přes opatření docházelo k zvýšení počtu ukončení těhotenství, kdy v roce 1980 počet potratů dosáhl až 70 %. V roce 1988-2014 došlo k snížení počtu potratů v důsledku změny kultury a využívání nových antikoncepčních metod. (Rivkin-Fish, 2017)

Indie

Do roku 1870 v Indii bylo ukončení těhotenství považováno za společensky tristní a politicky zakázané. Později roku 1971 došlo k legalizaci ukončení těhotenství za určitých podmínek. Jednou z mnoha podmínek bylo nepřekročení 12 týdne těhotenství, a pokud se tento milník od 12-20. týdne těhotenství překročil, bylo nutné mít souhlas 2 lékařů k možnosti ukončení života plodu. V Indii je úmrtnost, v důsledku nelékařsky provedeného potratu, okolo 9-20 % gravidit. Většina žen nemá finanční prostředky na interrupci v nemocničním zařízení, a tak vyhledává alternativní nebezpečné potraty u lékaře s nedostatečným vzděláním nebo neadekvátními podmínkami, jako jsou prostředí a pomůcky nutné k provedení interrupce. Výskyt nechtěných těhotenství za rok 2005-2006 překonal hranici 24,3 %. (Johari, 2017)

V rámci země existují rozdíly v porodnosti mezi regiony. Dostupnost zdravotnického zařízení hraje důležitou roli při plánování těhotenství. Mezi významné faktory nechtěného těhotenství patří náboženské vyznání, žen, které zažily úmrtí dítěte nebo plodu, interval mezi posledním porodem a následující graviditou kratší než 24 až 36 měsíců. V mnoha rozvojových zemích tvoří porody nechtěných těhotenství významnou část. V Indii jsou nechtěná těhotenství důležitým problémem veřejného zdraví, protože je spojeno s nepříznivými sociálními a zdravotními důsledky. V indické oblasti nejvíce ovlivňují nechtěná těhotenství sociokulturní a environmentální faktory. Byla vytvořena studie, která využila celostátní data v letech 2005-2006. Hlavním cílem průzkumu bylo shromáždit spolehlivé aktuální informace o zdraví matek, dětí a plánovaném rodičovství. Tohoto průzkumu se zúčastnilo 124 385 žen ve věkové skupině 15–49 let. Z toho 36 832 žen zažilo alespoň jeden porod během pěti let před datem průzkumu. Jako chtěné těhotenství označilo 78,9 % žen z výzkumného vzorku, špatně načasované 10,5 % žen a nechtěné těhotenství uvedlo 11,4 % žen. Studie také odhalila, že nechtěné těhotenství se snižuje s délkou vzdělání. Kvůli nedostatku povědomí a znalostí o metodách antikoncepce měly ženy s nižším stupněm vzdělání větší riziko nechtěného těhotenství, než ženy se středním či vyšším stupněm vzdělání. (Dixit, 2012)

Další problematikou, která se v Indii vyskytuje, je selektivní potratovost. Průzkumníci zkoumali historii narození z průzkumů National Family Health Surveys a District Level Household Surveys 2. Bylo zjištěno, že za roky 1987-2016 v Indii chybí 13,5 miliónu narozených dívek. V letech 1987-1996 na základě statistik chybělo 3,5 milionu dívek, 1997-2006 se zvýšil počet na 4,5 milionu a v letech 2007-2016 se počet zvýšil až na 5,5 milionů. V letech 1980-2010 bylo celosvětově usmrceno (interrupcí nebo odložením a úmrtím po porodu) až 30 miliónu dívek. V indii dochází k selektivním potratům plodu ženského pohlaví

z důvodu socioekonomických, kulturních i historických, jejichž důsledkem je výrazné snížení počtu žen v zemi. V roce 1994 Techniques Act zakazoval používání prenatalních diagnostických vyšetření, které by odhalily pohlaví plodu a tím snížil potratovost na základě pohlaví. Na základě sčítání lidu v indických okresech se potratovost na základě pohlaví zvýšila. Vláda zavedla zákony, trestající tyto nelegální postupy vězením a pokutami. Vláda také zavedla jednorázovou dotaci za narozené dívky a snaží se zvýšit povědomí o této problematice. Na celkovém počtu se z poloviny (průměrně 0,24 milionu ročně) podílí druhorozené a třetí děti po dříve narozených dcerách. Potratovost plodů ženského pohlaví se vyskytovala nejčastěji v bohatých a vzdělaných rodinách. (Saikia, 2021)

Polsko

Do roku 1956 v Polsku bylo umělé ukončení těhotenství zakázáno. Výjimku tvořily pouze situace, při kterých doporučil soud nebo lékař ukončit těhotenství. Legitimním důvodem potratu byla gravidita po znásilnění nebo život ohrožující stav matky. Nadále se zvyšovaly počty kriminálních potratů a úmrtí žen v důsledku nedostatečně kvalifikovaných lékařů, kteří praktikovali nelegální potraty a používali infikované pomůcky a materiály. Ke změně zákona došlo na jaře v roce 1956, kdy byly potraty zlegalizovány pouze pro ženy, které se ocitly v těžké sociální a fyzické situaci. Tyto potraty musely být prováděné v nemocničním prostředí nebo ve kvalifikovaných soukromých pracovištích. V tomto období výrazně vzrostlo množství žádostí o ukončení těhotenství, proto byl v roce 1960 vydán dokument, který musel obsahovat popis nepříznivé sociální životní situace ženy, popřípadě její neschopnost se postarat o novorozence. Za nepříznivé sociální životní situace se považovalo, když se ženy ocitly bez domova, neplnoleté mladistvé dívky a studentky. (Fuszara, 1991)

Statistické údaje o provedených potratech na území Polska nebyly vedeny v hlášení. Dle Davida byly hlavní důvody finanční. Lékaři, kteří prováděli interrupce si účtovali vyšší finanční částky, které nehlásili a nemuseli je danit. Dalším důvodem bylo, že při zveřejnění počtu provedených potratů mohlo dojít ke změně zákona, ke zpřísnění podmínek k ukončení těhotenství a také redukci poskytované soukromé lékařské péče. (David, 1994)

Římskokatolická církev prosadila v 90. letech 20. století zpřísnění potratové politiky. Ženy, které chtěly ukončit těhotenství, musely mít souhlas tří kvalifikovaných lékařů v oboru gynekologie, porodnictví a psychologie. Od roku 1993 v Polsku vládla komunistická strana, která zavedla povinnost pro všechny těhotné ženy, jež se rozhodly pro ukončení těhotenství, podstoupit poradenství za účelem ponechání si dítěte. Během let 2011, 2013, 2015 a 2016 kdy

byly navrženy zákony týkající se zákazu umělého ukončení těhotenství, docházelo k protestům a demonstracím. V lednu a březnu roku 2018 došlo ke schválení návrhu zákona o zákazu potratů. V zákoně došlo k omezení důvodů pro legální ukončení těhotenství. Legální potrat lze provést pouze tehdy, pokud se žena i plod ocitne v život ohrožujícím stavu, jedná-li se o graviditu v důsledku znásilnění či došlo-li k otěhotnění při pohlavním styku rodinných příslušníků. Situace po schválení zákona vedla k demonstraci BlackProtest 23. 3. 2018, kdy se občané, oděni do černé barvy, pokusili o zmírnění nového zákona. (Hussein, 2018)

Dne 22.10.2020 polská vláda rozhodla o možnosti ukončení těhotenství pouze u žen, které jsou v ohrožení života a u gravidit po nedobrovolném pohlavním styku. Polsko se tak řadí mezi země s nejpřísnější potratovou politikou. (Zaręba, 2021) Ženy, které nesplňují podmínky zákona, vyhledávají farmakoterapii způsobující smrt a vyloučení plodu nebo navštěvují země, ve kterých je ukončení těhotenství legální. Ženy také vyhledávají lékaře, kteří umožní nelegální ukončení těhotenství. Kriminální a nelegální potraty vedou ke zvýšení počtu úmrtí žen. (Hussein, 2018) „*V listopadu 2021 Polsko čelilo četným sociálním protestům spojeným se smrtí pacientky ve 21. týdnu těhotenství. Žena zemřela na následky septického šoku, pravděpodobně v důsledku předčasného protržení blan. Pacientce bylo odmítnuto ukončení těhotenství, protože plod byl stále naživu*“. (Zaręba, 2021)

3. Nechtěné těhotenství

Těhotenství, po kterém jeden z partnerů netouží, je označováno jako nechtěné. Nechtěné těhotenství je celosvětový problém, který ovlivňuje celou rodinu, ale také veřejnou a sociální oblast. Psychické stavy, které mohou v partnerství snižovat sociální podporu nebo negativně ovlivnit rodičovskou roli v budoucnosti, můžeme nazvat jako psychosociální stresory. Mezi psychosociální stresory patří stres, deprese, úzkosti. Sociální podpora, která se ženě dostane, může pozitivně ovlivnit její život, vnímání a zdraví. (Shahri et al., 2016) V roce 2006-2008 byl proveden v National Survey of Family Growth v USA průzkum 1300 těhotných žen. Studie došla k závěru, že 29 % těhotenství z 1300 jsou neplánovaná a 19 % nechtěná. Z toho 43% těhotenství bylo ukončeno potratem. Z průzkumu vyplývá, že mezi nejčastější rizikové faktory patří nechráněný pohlavní styk bez použití antikoncepční metody. Mezi další uváděné rizikové faktory patří slabší sociální situace, nižší stupeň vzdělání, věková skupina žen 20-24 let a ženy s násilnou anamnézou. (Moss, 2015)

Nechtěné těhotenství může být spojeno s nezdravým chováním před, během a po těhotenství a může ho nepříznivě ovlivnit. Studie použila data National Family Health Survey (NFHS), kterou provedl Mezinárodní institut pro populační vědy (IIPS). Studie provedené ve vyspělých a rozvojových zemích odhalily, že nechtěná těhotenství mohou mít vážné zdravotní, sociální a ekonomické důsledky pro rodinu, ale také zemi, ve které žijí. Mezi negativní důsledky nechtěných těhotenství také patří zvýšené riziko nízké porodní hmotnosti, předčasného narození a následné vysoké riziko kojenecké úmrtnosti. Výzkumy ukazují negativní vliv nechtěných těhotenství na porod, imunizaci dítěte a chování při kojení. Studie dále uvádí, že prevalence nechtěných porodů se zvyšuje s věkem a paritou, jelikož ženy, které již dosáhly rodiny o určitém počtu, již o další těhotenství nemají zájem. Prevence nechtěného těhotenství i porodu zlepšuje psychickou i fyzickou stránku žen a jejich dětí. Snížení plodnosti, tempo růstu populace, ale také zdravotní, sociální a ekonomické důsledky jsou dopadem ukončování těhotenství. (Dixit, 2012)

Nechtěná těhotenství jsou důsledkem nedostatku antikoncepce nebo špatného používání antikoncepčních metod. Nechtěná těhotenství mohou mít také příčiny, které se týkají otcovy strany. Patří k nim např. preference synů, představa o velikosti dokončené rodiny, nedostatek finanční a jiné podpory ze strany otce. Statistika International Institute for Population Sciences v Indii v roce 2008 uvádí přibližně 208 milionů těhotenství, z toho 102 milionů gravidit bylo plánovaných, 33 milionů nechtěných, 41 milionům bylo uměle ukončeno a 31 milionů gravidit skončilo potratem. (Dutta, 2015)

4. Rizikové chování

Riziko nechtěného těhotenství se zvyšuje užíváním návykových látek. Mladí lidé, užívající návykové látky jako jsou tabák, alkohol a jiné, mají větší pravděpodobnost rizikového sexuálního chování a nechtěného těhotenství než mladiství, kteří návykové látky neužívají. Opožděné rozpoznání těhotenství vede k nedostatečné prenatální péči. Úmyslné i neúmyslné užívání návykových látek má negativní vliv na ženu, plod, porod, ale také na poporodní období a dospívání nechtěného dítěte. Jsou to převážně infekce, porodnické trauma, špatný vývoj dítěte, nízká porodní hmotnost a zanedbávání dítěte. Dlouhodobé užívání návykových látek způsobuje zhoršení paměti a koncentrace. Connery (2014) z výzkumu, kterého se účastnilo 72 907 žen, uvádí, že ženy a dívky neužívají antikoncepční metody a z toho 31 % mladých dívek věřilo, že při nechráněném pohlavním styku nedojde k otěhotnění. V USA mělo pohlavní styk více jak 47 % středoškolských studentů a 22 % pohlavně aktivních studentů uvedlo, že užívají návykové látky před pohlavním stykem. 51 % všech těhotenství ve věkové kategorii 15-44 let v roce 2008 byla označena jako nechtěná, 91 % všech těhotenství u 15–17letých bylo nechtěných.

National Survey on Drug Use and Health uvádí, že mezi nejčastěji užívané návykové látky u těhotných žen ve věkové kategorii 15-44let patří marihuana, kokain a analgetické opioidní léky na předpis. Údaje ukazují, že u těhotných žen ve stejné věkové kategorii se snižuje užívání alkoholu a drog pod 5 % ve 2 a 3 trimestru, a užívání tabáku se nemění u 13,6 % ve druhém trimestru a 11,1 % ve třetím trimestru.

Ke zhodnocení rizikovosti a k prevenci lze využít screeningové metody Craft. Při pozitivním výsledku následuje rozhovor s pacientem/klientem o užívání návykových látek, plánování těhotenství a rizikovém sexuálním chování. Využívá se rozhovor zaměřený na zvýšení motivace a plánů ke změně rizikového chování. Průzkum, který se zabýval kvalitou a účinností této metody ukázal, že u mladistvých došlo k mírnému zlepšení v rámci užívání návykových látek, alkoholu, tabáku a dalších. Do centra drogově závislých se dostanou ženy, které se nachází v akutní fázi, kdy mají sebevražedné myšlenky, úzkosti, traumata a psychózy. Pokud se žena, závislá na návykových látkách, rozhodne v těhotenství pokračovat, je nutné navštěvovat intenzivní prenatální péči ve kvalifikovaných pracovištích. (Connery, 2014)

Za rizikové chování v těhotenství patří užívání návykových látek (tabák, alkohol, opiody), špatný životní styl a promiskuita. Rizikové chování v těhotenství způsobuje řadu komplikací,

které mohou ohrožovat život matky i plodu. Mezi nejčastější komplikace patří nízká porodní hmotnost, předčasný porod, krvácení ve 3. trimestru a preeklampsie. Kohortová studie Golestanské univerzity lékařských věd a Karolinské Instituce byla provedená 2008–2010 v provincii Golestan. Studie se zúčastnilo 887 uživatelů opia a 905 osob neužívající návykové látky. Studie ukázala, že nejběžnější návykovou látkou v provincii Golestan je opium (opiový mák, tinktura, sirup, opiový prášek a další opiové deriváty). Opium je látka způsobující pocit radosti a štěstí, která má sedativní účinek. Nejčastější způsob užívání opia je kouření, kapalnou formu uživatelé pijí nebo si ji roztírají na kůži. Ženy, které užívají opium v těhotenství, mají o 74 % vyšší riziko předčasného porodu než ženy, které během těhotenství opium neužívaly. Uživatelky opia i tabáku mají dvojnásobné riziko předčasného porodu císařským řezem. Užívání opia v těhotenství způsobuje u plodu stres, který se může projevit před porodem i během porodu hypoxií. Užívání tabáku během těhotenství je často spojeno s předčasným odtokem plodové vody, nitroděložní infekcí, aktivitou prostaglandinů a špatnou funkcí placenty. Užívání narkotik může způsobit intoxikaci a abstinenční příznaky u plodu. V průběhu intrauterinního období potřeba kyslíku plodu nemusí být dostatečně pokryta a dochází tak k hypoxickému stresu, který způsobí zpomalení intrauterinního růstu a případné zkalení plodové vody mekoniem. (Maghsoudlou, 2017)

5. Vliv nechtěného těhotenství

Nechtěné těhotenství může negativně ovlivnit matku a dítě již v prenatální i v postnatálním období. Špatný psychický stav ženy v těhotenství může způsobit v předporodním období předčasný porod nebo nízkou porodní hmotnost novorozence. Dále se uvádí vyšší kojenecká a dětská úmrtnost, úmrtnost matek, nebezpečné potraty, deprese a úzkosti. (Dutta, 2015)

Průzkumníci ze společnosti Adverse Childhood Experiences v Kalifornii zjistili že pacienti, kteří v dětství zažili domácí násilí a sexuální zneužívání, jsou v klinické populaci ohroženi širokou škálou nemocí a vyššího rizika úmrtí. Násilí v dospělosti je spojeno s větším počtem nechtěných těhotenství a potratů, porodních komplikací, které se týkají i nedonošených novorozenců. Násilí u partnerů se může v průběhu života zvýšit, a tím se u žen zvýší riziko nechtěného těhotenství. Pouze 1,5 procenta všech potratů je reakcí na nechtěné těhotenství v důsledku znásilnění nebo incestu. Průzkum udává, že až 40,8 % mladistvých zažilo násilí při seznamování a 22 % zažilo sexuální napadení po dosažení věku 15- ti let. Nejmladší dívce při prvním potratu bylo 13 let, ovšem průměrný věk při potratu je 21 let. Násilí na dívkách a ženách se zvyšuje, a ohrožuje tak jejich zdraví a reprodukční schopnosti. Nejčastěji se násilí objevuje v období mezi 20. - 30. rokem života, kdy dochází k nucenému pohlavnímu styku, násilí partnera nebo nucenému incestu. Důsledky genderově podmíněného násilí jsou nechtěná těhotenství, brzké plazení potomků, incest, potraty a sexuálně přenosná onemocnění. Zneužívající partneři se někdy snaží ovlivnit reprodukční schopnost těhotné partnerky jejich fyzickým napadáním s cílem vyvolat potrat. (McCloskey, Laura A. 2016).

Navázání citového vztahu mezi matkou a dítětem je u nechtěných těhotenství velký problém. Vztah mezi matkou a dítětem se také dá nazvat před porodem jako mateřsko-fetální vazba anebo mateřsko-plodová vazba a po porodu se vazba nazývá matka-dítě. U chtěného těhotenství se tato vazba vytváří již v prvních týdnech těhotenství, vrcholu dosahuje ve 3. trimestru a pokračuje dále v poporodním období. Žena si vytváří příjemný, trvalý intimní vztah s plodem, který uspokojuje jejich potřeby interakce. Vytvoření vazby pozitivně ovlivňuje chování matky v prenatálním období, jedná se tak o správný životní styl, spánek, správná výživa a cvičení.

U nechtěného těhotenství se citová vazba nevytváří, zvyšuje se náchylnost ke stresu a dalším duševním onemocněním. Duševní poruchy mají během těhotenství velký vliv na emoční poruchy, duševní onemocnění a chování v dospělosti dítěte. Ženy s nechtěným

těhotenstvím mají větší sklon k fyzickým potížím, úzkostem a psychózám než ženy, které očekávají chtěného potomka. (Mokaberian et Al, 2021)

Studie Mancova využila relaxační metodu jako nefarmakologickou léčbu duševních onemocnění žen a žen s nechtěným těhotenstvím. Relaxační metoda je kombinací kognitivně-behaviorální intervencí, vytváří tím rovnováhu psychických stavů. Dochází tak k uvolnění mentální i fyzické oblasti. Využívají se metody Jacobsonovo cvičení dýchání, meditace a mentální cvičení vedoucí ke svalové relaxaci. Studie, která zkoumala psychické strádání, úzkost a obavy z blížícího se porodu, trvala 8 týdnů. Do studie byly zařazeny ženy v rozmezí 28.-30. týdne těhotenství ve věkové kategorii 18-35 let, s prvním těhotenstvím, bez přidružených onemocnění a bez užívání jakékoli medikace. Výzkum byl rozdělen na experimentální a na kontrolní skupiny s dotazníkem. Kontrolní skupina vyplnila dotazník týkající se těhotenství, psychických i fyzických změn a osobních údajů. Experimentální skupina podstoupila 30minut relaxačního sezení 2x týdně po dobu 8 týdnů. Těhotné ženy využívaly relaxace v podobě hlubokého a povrchového dýchání, relaxace hudbou a relaxace mentální představivosti, kdy si žena měla představit situaci, ve které se cítí bezpečně, aby došlo k uvolnění napětí a úzkosti. Výsledek studie Mancova ukázal, že těhotným ženám, které podstoupily relaxační techniky, se zlepšilo mentální zdraví, zlepšení vazby matka-plod a matka-dítě. Studie také došla k faktu, že provádění svalové relaxace snižuje sekreci kortizolu, fyzickou úzkost, spotřebu kyslíku, krevní tlak a tepovou frekvenci. Relaxace tedy zabraňuje vytváření negativních myšlenek a emocí ovlivňovat svalové napětí a tělo, ale také vytváří rovnováhu sekrece hormonů, které způsobují stres a úzkosti. Díky fyzické aktivitě se uvolňují endorfiny, které způsobují relaxaci, zlepšení nálady a pocit štěstí po terapeutickém cvičení. (Mokaberian et Al, 2021)

5.1. Vliv na ženu

Studie Turnaway, v časovém rozmezí od ledna 2008 do prosince 2010, zkoumala důsledky ukončení nechtěného těhotenství, jeho donošení, fyzické i duševní zdraví žen a dětí, ale také socioekonomické faktory. Studie byla schválena výborem pro lidský výzkum na Kalifornské univerzitě v San Franciscu a sledovala 956 žen po dobu 5 let, které hledaly možnost interrupce v 1 ze 30 interrupčních zařízení po celé zemi USA. Ženy, které se zúčastnily studie, byly anglicky a španělsky mluvící ve věku 15-49 let. Některé z žen ve studii podstoupily potrat a některým byl potrat zamítnut. Zamítnutí potratu bylo především z důvodu vyššího gestačního týdne. Studie zjistila, že ke zvýšení rizika vzniku úzkostí, nízkého sebevědomí, stresu a deprivace dochází u žen, kterým byl potrat zamítnut. Ke zlepšení těchto psychických

problémů dochází v delším časovém intervalu. Odepření potratu u žen také zvyšuje pravděpodobnost, že děti budou vychovávat samy a dojde u nich k výraznějšímu snížení životní úrovně než u žen, kterým byl potrat umožněn. Tyto faktory mohou ovlivnit domácí prostředí, zdroje a pohodu stávajících dětí v domácnosti. Studie se také zabývala vlivem odmítnutí potratu na zdraví a vývoj stávajících dětí žen v době hledání interrupce. Přibližně 60 % žen v USA, které podstoupily potrat, jsou již matkami. V době, kdy ženy hledaly možnosti interrupce 603 žen uvedlo alespoň jedno žijící dítě. U 1/3 žen, které žádají o potrat, je hlavním důvodem péče o děti, které již mají. Nechtěné těhotenství ženy může negativně ovlivnit již stávající početnou rodinu. Důsledkem této situace je vyšší míra stresu nebo deprese ženy spojená s nechtěným těhotenstvím, která se může objevit a měnit v průběhu těhotenství a po porodu. Bylo prokázáno, že ke horšení vztahu matka-dítě dochází již v perinatálním období. (Foster, 2019)

Sběr dat studie provedené v systému Health and Demographic Surveillance System (HDSS) probíhal od června 2012 do února 2013 v Etiopii. Údaje o těhotenství, depresivních stavech, sociální podpoře během těhotenství a dalších kategoriích byly shromážděny pomocí strukturovaného dotazníku. Všechny těhotné ženy byly dotázány, aby si vzpomněly na své pocity v období, kdy otěhotněly. 41 % žen uvedlo, že těhotenství bylo nechtěné, počet depresivních příznaků v těhotenství byl u těchto žen 20 %. Nechtěné těhotenství ovlivňuje porod zvýšenou mírou stresu, deprese, vystavování se rizikovému chování, jako je kouření, užívání alkoholu a drog, nevyužívání nebo neadekvátní poskytnutí prenatální péče a sníženou sociální podporou během těhotenství. Některé výzkumy naznačují, že deprese během těhotenství může narušit intrauterinní růst, a proto vede k nízké porodní hmotnosti (LBW). Několik studií ukázalo, že prenatální deprese je spojena s chováním, které neprospívá zdravému těhotenství, včetně snížené účasti na prenatální péči, zvýšeného užívání návykových látek a nižšího přírůstku hmotnosti v těhotenství. Podporu a zdroje v těhotenství poskytuje obor sociální péče, kterou je důležité vyhledat při prenatální depresi. (Wado, 2014)

Intimní partner je osoba, se kterou má člověk blízký osobní vztah. Osoby, které spolu mají pravidelný, trvalý fyzický nebo sexuální kontakt, se označují jako pár nebo známost. Násilí ze strany intimních partnerů (IVP) je významným problémem veřejného zdraví, který postihuje častěji ženy. Násilí na ženách bývá převážně fyzického charakteru, mezi další podoby patří pronásledování, agrese, psychické vydírání a sexuální násilí. V USA 40 % žen zažilo sexuální násilí a 20 % žen zažilo fyzické napadení. Jakákoli podoba násilí, způsobena násilným intimním partnerem, má dopad na fyzické i psychické zdraví. Ze statistik v USA vyplývá, že v roce 2011 bylo každý den znásilněno 7 000 žen, 25 000 žen bylo obětí jiných forem sexuálního

násilí. Sebevraždy a vraždy patří mezi hlavní příčiny úmrtnosti spojené s těhotenstvím. Mezi fyzické dopady IVP patří zlomeniny, tržné rány, poranění vnitřních orgánů způsobené velkým tlakem, sexuálně přenosné choroby, nechtěné těhotenství a další bolestivé poruchy či onemocnění. Násilí, které má dopad na duševního zdraví, je většinou způsobené vydíráním nebo psychickým týráním. Mezi psychické poruchy patří deprese, úzkosti a stres, které mohou skončit sebevraždou. U 54,3 % sebevražd, spojených s těhotenstvím, docházelo k intimním partnerským konfliktům. V těhotenství mají tyto dopady velice negativní vliv na délku a průběh těhotenství, porod, ale také na plod. Dochází k zvýšenému riziku vrozených vývojových vad, předčasným porodům a nízké porodní hmotnosti. Děti, které prožily IVP nebo jsou děti matek, které si prožily jakoukoli podobu IVP, mají vysoká rizika fyziologických, sociálních, emocionálních a behaviorálních problémů, poruch nálad a úzkostných poruch, užívání návykových látek, problémů související se školou v dětství a dospívání. IVP také ovlivňuje u žen reprodukční chování. Ženy nesmí používat jakoukoliv formu antikoncepce, jsou donuceny k ukončení těhotenství nebo k pokračování v nechtěném těhotenství. IVP zvyšuje pravděpodobnost negativních následků v těhotenství, mezi které patří nedostatečná nebo žádná prenatální péče, nízký hmotnostní přírůstek, kouření, užívání alkoholu a jiných návykových látek. Těhotné ženy, které zažily IVP, trpí častějšími psychickými problémy. Využití Edinburské škály v rámci studie potvrdilo u 50 %, těhotných žen že došlo k překročení hranice poukazující na depresivních příznaků. (Chisholm, 2017)

Při nechtěném těhotenství má na deprese pozitivní efekt sociální podpora. Ženy s nechtěným těhotenstvím mají téměř 2x vyšší pravděpodobnost deprese ve srovnání s ženami s plánovaným těhotenstvím. U žen s plánovaným těhotenstvím a špatně načasovaným těhotenstvím se depresivní příznaky nelišily. Prenatální deprese postihuje 13 % těhotných žen ve druhém trimestru a 12 % žen ve třetím trimestru. Studie z jižní Asie a Latinské Ameriky ukázala, že míra prenatální deprese zde přesahuje 20 %. Vysoká prevalence deprese matek v rozvojových zemích může souviset s rizikovými faktory související s depresí, jako jsou chudoba, HIV/AIDS, násilí, nízká sociální podpora vysoká porodnost, nechtěné těhotenství, nebezpečný potrat a neplodnost. Příznaky deprese byly měřeny pomocí Edinburské škály postnatální deprese.

Deprese je stav s kognitivními a afektivními rysy, které trvají alespoň jeden týden. Příznaky deprese mohou být neschopnost smát se, radovat se, obviňování sebe sama, úzkosti, panika, strach, potíže se spánkem, pocit smutku, pláč, sebepoškozování a myšlenky na sebevraždu. Celková prevalence symptomů deprese u těhotných žen byla 19,9 %. Prevalence prenatální

deprese se lišila na základě vzdělání, zaměstnání, záměru otěhotnět, sociální podpory, pracovním vyčerpáním, fyzickým násilím intimního partnera, dostupnosti potravin, potratem nebo narozením mrtvého dítěte. (Dibaba, 2013)

Průzkumu se zúčastnilo 627 žen z jihozápadní Etiopie. Vyšší podíl deprese 24 % uváděly ženy se středním a vyšším stupněm vzdělání, ženy bez vzdělání 22 % nebo ženy se základním stupněm vzdělání 11,6 %. Prevalence depresivní nálady u žen s nechtěným těhotenstvím je 35 % ve srovnání s 16 % žen s chtěným těhotenstvím. Důležitým faktorem, který je spojován s depresivními stavy v těhotenství, je potravinová nejistota. Asi 41 % žen v této studii uvedlo nedostatek jídla jako jednu z hlavních příčin stresu v těhotenství. Studie také ukázaly, že nedostatečný přísun nutričních hodnot způsobuje deprese a úzkosti.

Nechtěné těhotenství ženy zvyšuje psychosociální stresory, depresivní stavy a snižuje sociální podporu, což má za následek neuspokojení životní potřeby. Sociální podpora má důležitou ochrannou funkci, která tlumí dopady životního stresu na emoční pohodu ženy během těhotenství. Sociální podpora poskytuje zdroje, podporu a sílu během těhotenství, může pomoci zlepšit chování žen během těhotenství a následně zlepšit zdraví matek a novorozenců. Sociální podpora byla měřena pomocí Maternity Social Support Scale. Škála obsahuje šest položek a zahrnuje otázky týkající se podpory rodiny, přátel, pomoci ze strany manžela, konfliktu s partnerem, pocitu kontroly ze strany partnera a pocitu, že ho partner nemiluje. (Dibaba, 2013)

5.2. Vliv na dítě

Nechtěné těhotenství může ovlivnit schopnost matky postarat se jak o děti stávající, tak i o nenarozené nechtěné dítě a způsobit jí jisté obavy. Studie zjistila, že dochází ke zhoršení socioekonomického blahobytu dětí, jejichž matkám byl zamítnut potrat. Matka, která je ve stresu, může do svých dětí investovat emocionálně i finančně méně. Vývoj dítěte byl hodnocen pomocí nástroje Parents' Evaluation of Developmental Status. Je to screeningový nástroj pro děti ve věku od narození do 8 let k posouzení specifík v dané věkové oblasti. Hodnocené vývojové oblasti se týkaly jemné motoriky, receptivního jazyka, vyjadřování, hrubé motoriky, samostatnosti a sociálně emocionálního chování. Ke zhodnocení se použily zprávy od matek, zda dítě dosáhlo každé oblasti. Zdraví dětí zahrnovalo jakékoli diagnózy, astmatické záchvaty, tělesné postižení a zranění natolik závažná, že bylo nutné vyhledání lékařské pomoci. Péče byla hodnocena dotazem, zda dítě žije s matkou a u dětí ve věku 3-4 let, zda navštěvovaly předškolní zařízení. Rozdíly v blahobytu dětí vyplývající z tohoto srovnání však mohou být zkresleny. Zkreslené faktory, jako jsou okolnosti těhotné ženy – například finanční, zdravotní nebo

vztahový stav, které mohou vést jak ke špatným výsledkům dítěte. Pokud jsou nechtěným těhotenstvím negativně ovlivněny další děti v rodině, což je vnímáno jako rodinný efekt může být ve skutečnosti důsledkem nechtěného těhotenství. (Foster, 2019)

Nízká porodní hmotnost (LBW) je hlavním rizikovým faktorem novorozenecké a kojenecké úmrtnosti v rozvojových zemích. Pro studii pocházejí z prospektivní studie, bylo sledováno 622 žen od začátku těhotenství až po porod. Průměrná porodní hmotnost byla 2989 gramů a výskyt LBW byl 17,88 %. Průměrná porodní hmotnost dětí po nechtěném těhotenství byla o 114 gramů nižší než hmotnost dětí z plánovaného těhotenství. Porodní hmotnost dětí žen s prenatální depresí je nižší o 116 gramů. Výsledky studie ukázaly, že nechtěné těhotenství, prenatální deprese a sociální podpora byly spojeny s LBW.

Z výsledků OSN a WHO se narodilo v roce 2000 více než 20 milionů dětí. Vysoký výskyt dětí s LBW hlásí rozvojové země v jihoasijských oblastech. Bylo zjištěno, že mezi hlavní rizikové faktory pro LBW u dětí patří nechtěné těhotenství, výška i hmotnost před těhotenstvím, váhový přírůstek v těhotenství, obvod střední části paže, rizikové chování jako je kouření, konzumace alkoholu a také nízký socioekonomický status. V některých studiích se uvádí také parita žen, vzdělání, porodní interval, věk ženy a pohlaví dítěte. K tomuto vysokému výskytu nízké porodní hmotnosti dochází také nedostatečnou nebo nevyužitou prenatální péčí a nízká sociální podpora. (Wado, 2014)

S předčasným porodem je spojena kojenecká úmrtnost, která se v Evropských zemích pohybuje do 5 % a v rozvojových zemích až 25 %. Předčasný porod souvisí s poruchami učení, respiračními nemocemi, kardiovaskulární onemocnění a vyšší nemocností. (Maghsoudlou, 2017)

Úzkostné stavy v prenatálním období ovlivňují duševní zdraví dětí, ale také s psychickými problémy v dětství i v dospělosti. Ze studie vyplývá, že mateřská úzkost, stres, deprese, úrazy a další duševní poruchy způsobuje vysoká hladina kortizolu v krvi. U dětí vysoká hladina kortizolu může projevit nízkou porodní hmotností. Dle statistik v Iránu vyplývá, že ze 175 milionů těhotenství ročně je 75 milionů nechtěných a z toho vede 45 milionů k potratu. (Mokaberian et Al, 2021)

6. Řešení nechtěného těhotenství

6.1. Interrupce v Česku

Metody interrupce do ukončeného 8. týdne těhotenství můžeme rozdělit na medikamentózní a chirurgické. Medikamentózní ukončení těhotenství se provádí pomocí dvou látek mifepristonu a misoprostolu. Krvácení po této metodě interrupce je považováno za minimální. (Roztočil, 2011). Ukončení těhotenství schvaluje lékař po rozhodnutím ženy, pro kterou z metod ukončení těhotenství se rozhodne. Ukončení těhotenství farmakologickou metodou je možné provést do 49 dne, respektive 63. dne sekundární amenorey. Ukončení těhotenství lze na základě diagnostikovaného těhotenství ultrazvukovým vyšetřením nebo průkazem lidského choriového gonadotropinu (hCG). farmakologické metodě ukončení těhotenství se používá kombinace látek mifepristonu 200-600 mg tbl. a misoprostolu 400-800 mg tbl., které se užívají per os. Metoda má 3 fáze. První fázi je těhotné ženě podán přípravek mifepriston 200-600 mg, po kterém zůstává 1 hodinu ve zdravotnickém zařízení z důvodu rizika výskytu komplikací. V druhé fázi je ženě podán přípravek misoprostolum 400-800 mg v časovém rozmezí 36-48 hodin po užití přípravku mifepristonu v první fázi. I v druhé fázi je žena 1 hodinu sledována z důvodu možného výskytu komplikací nebo rychlého vypuzení těhotenské tkáně. Ve 3 fázi, v časovém rozmezí 14-21 dní od podání přípravku misoprostolu v druhé fázi, žena podstoupí ultrazvukové vyšetření k vyloučení pokračování těhotenství a k potvrzení odloučení těhotenské tkáně. (Česká gynekologie, 2014)

Miniinterrupce do 8. týdne těhotenství

Zavedení prostaglandinu E2 či Dilapanu S se čtyřhodinovým předoperačním předstihem způsobí dilataci děložního hrdla. Zavede se aspirační kyreta skrze děložní hrdlo do dělohy a pomocí podtlaku je obsah dutiny děložní vysán ven. Dilataci děložního hrdla lze provést i chirurgickými nástroji – dilatátory, které postupně zvětšují svůj průměr. Pokud zůstanou v děložní dutině rezidua plodového vejce, je nutné je odstranit tupou kyretou. (Roztočil, 2011)

Interrupce do 12. týdne těhotenství

Provádí se pomocí dilatace a tupé Bummovy kyrety, kterou se odstraní děložní obsah. Dilatace se provede stejně jako se provádí u miniinterrupce. Po výkonu je ženě podána profylakční dávka antibiotik. U Rh negativních žen se preventivně aplikuje anti-D gamaglobulin, který zabrání hemolytické nemoci novorozence u dalšího těhotenství. (Roztočil, 2011)

1/3 žen žijících v Austrálii zažije nechtěné těhotenství, z toho 30,4% těhotenství je ukončeno potratem. Faktory, ovlivňující nechtěné těhotenství, jsou partnerské násilí, nepoužívání antikoncepce či užívání méně účinné antikoncepce, ženy užívající návykové látky, socio-demograficky znevýhodněné ženy, přístup k lékařské péči a finanční překážky. Umělé přerušování těhotenství je z 95 % provedeno v první trimestru a provádí je porodní asistentky a lékaři. Lékařský potrat je možné provést do ukončeného 9. týdne těhotenství. U lékařského potratu se používají dvě látky, a to mifepriston a misoprostol. Mifepriston je syntetická látka s anti-progestogenní aktivitou, způsobí blokaci působení progesteronu. Těhotenství se po podání mifepristonu přestane vyvíjet, placenta s embryem se odloučí z endometria a dojde ke zvýšené kontraktilitě dělohy. Misoprostol se užije 24-48 hodin po mifepristonu. Misoprostol vyvolá kontrakce, způsobí dilataci cervixu a dojde k evakuaci děložního obsahu. Ke krvácení může dojít za 3-4 hodiny po podání misoprostolu a krvácení ustává za 10-16 dní. Misoprostol a mifepriston jsou léky zařazené na seznamu WHO Model List of Essential Medicines. Pokud se tyto potratové léky použijí v období do 63. gestačního dne mají účinnost 95,16 - 97,7 %. Komplikace jsou vzácné, nejčastěji jde o krevní sraženinu nebo nevyložené embryo. Australská studie uvádí že z 13 078 žen vyžadovalo chirurgický potrat 4,8 % a z toho 0,76 % bylo z důvodu pokračujícího těhotenství.

Před provedením lékařského potratu je nutné potvrdit intrauterinní graviditu, určit gestační věk a vyloučit mimoděložní těhotenství. Zjištění těhotenství se provádí pomocí ultrasonografie a krevního odběru na lidský choriový gonadotropin (hCG). Kontraindikace lékařského potratu jsou chronické selhání ledvin, hypokoagulační stavy, antikoagulační terapie, alergická reakce na látky misoprostol a mifepriston, těžké závažné stavy (anemie, jaterní poškození, kardiovaskulární onemocnění).

Po aplikaci potratových tablet je nutné, aby žena zůstala v blízkosti nemocnice pro případné komplikace (silné krvácení, bolesti, křeče, nevolnost, zvracení, průjem a teplota). Dle australské směrnice je doporučeno podat anti-D negativním ženám. Pomocí ultrasonografie a krevní hodnoty hCG je nutné potvrdit, zda těhotenství skončilo a zda byl veškerý děložní obsah odloučen. (Mazza, 2020)

Nebezpečný potrat

Dle odhadů světové zdravotnické organizace (WHO) vyplývá, že mezi lety 2010 a 2014 došlo k 55,7 milionů potratů, jež 25,1 milionů potratů bylo definováno jako nebezpečné potraty. Mezi země s 97 % nebezpečných potratů patří země s nízkými a středními příjmy. Každý rok umírá nejméně 22 800 žen a dívek ve spojitosti s mateřskou úmrtností a nebezpečnými potraty. Nebezpečným potratům lze předcházet užíváním antikoncepce, využití sexuální výchovy na školách či přednáškách a kvalitní, bezpečná gynekologická péče při interrupci.

Nebezpečný potrat se rozděluje na intoxikační a mechanickou metodu. Při intoxikační metodě využívají těhotné ženy bylinné infuze a klystýry, nadměrné užití léků s obsahem paracetamolu nebo chinin, užití žíravých směsí, pití solené nebo mýdlové vody. Mezi mechanické metody patří zavádění cizích těles do pochvy nebo do dělohy, zevní traumata jako je kopání, bouchání, manipulace s těžkými předměty. Mezi nejzávažnější komplikace nebezpečných potratů patří toxické a šokové stavy, krvácení, infekce, traumata, ruptury pochvy, dělohy či jiných důležitých orgánů v pánevní dutině, smrt. Míra nebezpečných potratů se zvyšuje při restriktivní potratové legislativě. (Burtscher, 2020)

Metody ukončení těhotenství se rozdělují na lékařské nebo chirurgické. Metody chirurgické zahrnují aspirační techniky ručním nebo elektrickým vakuem a dilataci s kyretáží. Aspirační techniky se mohou provádět do ukončeného 14. týdne těhotenství a dilatace s kyretáží se používají od 14. – 26. týdne těhotenství. Lékařská metoda interrupce využívá kombinaci léků mifepristonu a misoprostolu. (Kapp, 2020)

Aspirační metoda interrupce

Je nejrozšířenější metodou chirurgického ukončení těhotenství. Aspirační metoda se rozděluje na manuální vakuovou aspiraci (MVA) a elektrickou vakuovou aspiraci (EVA). U obou případů je děložní obsah evakuován přes děložní hrdlo tuhou nebo flexibilní aspirační kanylou, která je připojena na zdroj podtlaku. U MVA metody se vytváří podtlak za pomoci ruční stříkačky o objemu 60ml, a je nutné stříkačku opakovaně vyprazdňovat. Maximální velikost aspirační kanyly u MVA metody, která je zavedená do dělohy, má 12 mm. Metoda EVA má elektrické čerpadlo, které vytváří podtlak samo. Často se využívá i ve starším gestačním týdnu a snižuje úroveň úzkosti a bolesti. Dle studii, které srovnávali metodu MVA a EVA, je patrné, že menší krevní ztráta byla hlášena od žen, které podstoupily MVA do 50. gestačního dne. Účinnost obou metod je stejná a udává se 98-99 % úspěšnost. Doba zákroku u obou metod je 5-6 minut. Komplikace při aspirační metodě jako jsou krvácení, které by

vyžadovalo transfuze, perforace děložní dutiny a cervikální lacerace mají výskyt 0,1 %. (Kapp, 2020)

Dilatace s kyretáží

Metoda je založena na použití dilatace děložního hrdla pomocí misoprostolu nebo osmotických dilatátorů, 1-2 dny před výkonem. Dilatací se změkčí a otevře děložní hrdlo, sníží se riziko cervikálního i děložního traumatu a usnadňuje vybavení plodu. Po dilataci děložního hrdla je nutné podat sedativa a anestetika klientce. Proveďte se odstranění a ruptura plodové vody, pro odstranění plodu a placenty se používají kleště a kyreta. Zákrok trvá 10-20 minut je ženám umožněno ten den odejít domů. Metoda je velice efektivní s minimálním rozvojem komplikací. K prevenci vzniku infekce se podávají profylakticky antibiotika, která jsou doporučována organizacemi American College of Obstetricians and Gynecologist, Royal College of Obstetrics and Gynecologist a WHO. Dle organizací se infekce vzniklá interrupcí pohybuje maximálně do 2 %. (Kapp, 2020)

6.2. Anonymní porod

V České republice je stanoven zákon o anonymním porodu a to §37 a §56 zákona č.372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování ve znění pozdějších předpisů. Každá těhotná žena má právo na anonymní porod v porodnici dle jejího výběru. Základem je žádost, kterou žena předloží lékaři a porodní asistentce, která zajistí absolutní anonymitu při porodu a po porodu. Po porodu je žádost vložena do dokumentace, následně se kompletní dokumentace opatří pečeti, která může být porušena pouze s povolením soudu. Matka, která se rozmyslí a chce si dítě ponechat, má možnost se do 2 měsíců od porodu o dítě přihlásit. Dítě je po této lhůtě svěřeno do pěstounské péče eventuelně do zařízení, kde si je mohou adoptovat nové rodiče. (Cerqueirová, 2022)

Za císaře Josefa II. se otevřela ve Vídni porodnice, která byla specifická tím, že ženy po porodu mohly opustit své dítě a neprozradit svoji identitu. (Grylli, 2016) Anonymní porod je porod, kdy se žena rozhodně porodit dítě bez udání své totožnosti a jakýchkoli dalších informací, které se týkají její osoby. Dítě po porodu nemá uvedeno v rodném listě údaje o matce a ve věku 6 týdnů od porodu spadá pod orgán sociálně právní ochrany dětí a je nabízeno k adopci. (Emam, 2015)

6.3. Baby box

První baby box v Česku byl uveden do provozu 1. 6. 2005 v GynCentru v Praze, jehož zakladatelem je Ludvík Hess. Druhý baby box se uvedl do provozu 3.11. 2005 v Brně

v Nemocnici u Milosrdných bratří a třetí se otevíral v Olomoucké nemocnici. Hlavním přáním zakladatele je, aby se již nikde nenalezlo mrtvé novorozeně. Hlavním důvodem k založení baby boxu je pomoc matkám, které se nachází v těžkých životních situacích, nejsou schopné se o dítě postarat a zachraňovat životy narozených dětí. (Hess, 2022 www.hess.cz/zakladam-babyboxy.php). Dle statistiky vyplývá že ke dni 23.4.2022 bylo do baby boxu odloženo 236 narozených dětí. Z toho 129 holčiček a 107 chlapečků. Nejvíce odložených dětí je uvedeno v roce 2011, kdy bylo odloženo 22 dětí. Celkový počet baby boxů v České republice je 81. (Hess, 2022 www.babybox.cz/?p=zprava)

7. Prevence nechtěného těhotenství

7.1. Ženská antikoncepce

Dlouhodobá reverzibilní antikoncepce (LARC)

Metoda, která poskytuje dlouhodobou ochranu před neplánovaným těhotenstvím. Do této metody patří subdermální implantáty a nitroděložní tělíska (hormonální i nehormonální). Všechny tyto formy antikoncepce ovlivňují menstruační cyklus a využívají syntetického gestagenu. (Benagiano, 2015)

Projekt Contraceptive Choice je kohortová studie schvávená úřadem ochrany lidského výzkumu Washingtonské univerzity v Saint Louis School of Medicine. Tato studie se zabývá dlouhodobě působící reverzibilní antikoncepcí a její snížení počtu nechtěného těhotenství v Saint Louis v období 2006-2010. 9000 účastnic, ve věkové kategorii 14-45 let, této studii měly možnost si zdarma zvolit jakoukoliv antikoncepční metodu, kterou mohli kdykoli během studie změnit. Ve studii byly antikoncepční metody použity LARC – nitroděložní tělíska, subdermální implantáty, a non-LARC-antikoncepční pilulky, injekce, náplasti, kroužky. 75 % účastnic si zvolilo jednu ze 3 forem LARC (46 % levonorgestrelový nitroděložní tělísko, 12 % měděné nitroděložní tělísko a 17 % subdermální implantát). Studie prokázala rozdíl v účinnosti mezi metodami LARC a non LARC. Selhání antikoncepce non-LARC byla 20x častěji než u metody LARC. Projekt Contraceptive Choice prokázal, že antikoncepční metoda LARC poskytuje větší spolehlivost a ochranu před neplánovaným nebo nechtěným těhotenstvím a patří mezi cenově nejefektivnější formy. Ze studie vyplývá, že používání antikoncepčních metod LARC by snížilo procento nechtěných těhotenství, a tudíž by se snížily zdravotní komplikace žen a tím se ušetřilo na zdravotní péči. (Birgisson, 2015)

Subkutánní antikoncepce

Antikoncepční prostředek ve formě implantátu, který se zavádí subkutánně. První implantát uvolňoval C21 progestin megestrol acetát. Nyní se používá progestin levonorgestrel (LNG), který působí 5 let (Norplant-1). (Benagiano, 2015)

Norplant -1 a -2

Norplant -1 je subkutánní implantát, který byl vyvinut populační radou. Skládal se z 6 -ti kapslí naplnění 36mg levonorgestrelu. Doba účinnosti byla 5 let, nyní je přerušena a nahrazen Norplant -2. Norplant-2, nazýván také Jadelle, je subkutánní implantát využívající účinnosti dvou zavedených tyčinek o stejné dávce levonorgestrelu. Původně jeho doba účinku byla schválena na 3 roky, nicméně některé studie prokázaly, že působení Jadelle má delší dobu. Proto je v některých zemích vedený jako antikoncepční implantát s dobou působení na 5 let. (Benagiano, 2015)

Implanon

Subkutánní implantát vyrobený v nizozemské farmaceutické společnosti Organon. Implantát s dobou působení 3 roky, obsahuje 68mg etonogestrelu. Implanon blokuje ovulaci, a proto má vysokou účinnost. Novější verze má názvy Nexplanon nebo Implanon NXT, lépe se zavádí a obsahuje síran barnatý, který se snáze lokalizuje pomocí rentgenového záření. (Benagiano, 2015)

Implantáty obsahující Nestron (Elcometrine)

Byly vyvinuty dva subkutánní implantáty obsahující inaktivní progestin nestron s dobou působení 2 roky a druhý 6 měsíců. První byl navržen pro kojící ženy s dobou působení 2 roky. Kojenci během sání mateřského mléka neabsorbují estron, a tudíž není detekovaný v jejich krvi. Druhý implantát tvoří silastická kapsle s dobou působení 6 měsíců. (Benagiano, 2015)

Intrauterinní tělíska

Mirena

Antikoncepční metodu ve formě nitroděložního tělíska používá 160 miliónu žen. Poprvé byla na trh uvedena v roce 1990 ve Finsku. Dle dvou mezinárodních studií provedených v letech 1990-1994 prokázaly míru těhotenství Mireny do 0,5- 1,1 % a Cu-IUD 1,4-5,9 %. Dle studie je Mirena vysoce účinnou antikoncepcí po dobu 5 let. Americký úřad pro kontrolu potravin a léčiv v roce 2020 schválil účinnost Mireny na 6 let. (Gemzell-Danielsson, 2021). Mirena je intrauterinní tělísko z polyetylenového materiálu ve tvaru písmena T. Má silný účinek na endometrium a uvolňuje levonorgestrel 20µg/den. Doba zavedení a účinnosti je 5 let, poté

se uvolňování levonorgestrelu snižuje na dávku 14 µg/ den. Progestiny uvolňované in utero mají také vliv na cervikální hlen, který se zahustí a tím je pohyb spermií znemožněn. (Benagiano, 2015) Mezi výhody Mireny patří pokles menstruačního krvácení, ulevuje od silné bolestivé menstruace, zmírňuje psychické i fyzické příznaky spojené s menopauzou, jako jsou návaly horka, poruchy spánku, poruchy nálady. Uživatelky zpočátku mohou zaznamenat příznaky jako jsou bolesti břicha, hlavy, citlivost prsu a zhoršení akné. Ovšem tyto příznaky po čase vymizí. (Gemzell-Danielsson, 2021)

Cu – IUD

Nitroděložní tělísko s mědí (Cu-IUD) je nehormonální dlouhodobě působící antikoncepční prostředek, který uvolňuje ionty mědi. Byl schválen Americkým úřadem pro kontrolu léčiv a potravin. Na rozdíl od Mireny je častěji spojován s křečemi a krvácením. (Sanders, 2018)

7.2. Hormonální antikoncepce

Kombinovaná hormonální antikoncepce je nejrozšířenější a nejpoužívanější metodou antikoncepce. Je složena ze syntetického estrogenu a progestinu. Výhody užívání této antikoncepční metody jsou zmírnění křečí, silného krvácení a akné. Chrání před rakovinovými změnami na vaječnicích a endometriu. Na trhu jsou různé formy užití ve formě pilulek, náplastí a vaginálních kroužků. (Amarasekera, 2020)

7.3. Nouzová antikoncepce

Nouzová antikoncepce je prostředek, který se užívá při nechráněném pohlavním styku, selhání antikoncepční metody nebo znásilnění. Neužívá se pravidelně ale pouze v situacích, kdy je vysoké riziko nechtěného těhotenství. Dle studie Národní kolegií francouzských gynekologů a porodníků se ženy ve věku 15-19 let setkávají s problémy používání mužských prezervativů. Ženy ve věku 20-24 let se setkávají se zapomínáním antikoncepčních pilulek. Jako nouzové antikoncepce se používají prostředky s levonorgestrem (LNG) a ulipristal acetátem (UPA). Užití tabletky je doporučeno v časovém rozmezí 72-120 hodin od nechráněného pohlavního styku. (Hamdaoui, 2018)

7.4. Mužská antikoncepce

Antikoncepce určená pro ženy patří mezi často užívané a velmi účinné prostředky, které zabraňují nechtěnému nebo neplánovanému těhotenství. Partneři žen, které nemohou ze zdravotních důvodů tyto prostředky používat, mají možnost vyzkoušet mužskou antikoncepci a tím ovlivnit plánování rodičovství. (Amory, 2016)

Vasektomie

Vasektomie je chirurgický zákrok prováděný v lokální anestezii, kdy lékař chirurgicky přeruší oboustranně chámovod malým otvorem v šourku. Zákrok je vhodný pro muže, kteří již neplánují děti do budoucnosti. V USA se za rok provedlo 500 000 vasektomií a celkový počet provedených vasektomií celosvětově je 50 milionů. Tato antikoncepční metoda je vysoce účinná a spolehlivá, jelikož míra selhání je pod 1 %. Nevýhody zákroku jsou infekce, bolestivost a zpožděný nástup azoospermie o 3-4 měsíce. (Amory, 2016)

Mužský preservativ

Jedna z nejpoužívanějších mužských antikoncepčních metod, která chrání před sexuálně přenosnými infekcemi. První materiál, který se používal k výrobě této pomůcky, byla zvířecí střeva. Od roku 1920 se kondomy vyrábí z latexu. Polyuretanové kondomy využívají páry, u kterých se vyskytne alergická reakce na latex. Alergická reakce na latex, který pochází z kaučukovníku, se může projevit jako podráždění kůže až anafylaktický šok. Polyuretanové kondomy mají nižší účinnost, jelikož materiál, ze kterého se vyrábí, má volnější stěh. Hlavní nevýhodou této metody je způsob použití. Důvody selhání této metody jsou nesprávné použití, natahování až prasknutí, při kterých dochází až ve 4 %. Někteří muži vnímají mužský kondom jako prostředek, který snižuje sexuální vzrušení. (Amory, 2016)

Mužská hormonální antikoncepce

Systémovým podáváním exogenního testosteronu dojde k potlačení hypothalamické i hypofyzární sekreci hormonů. Nízká koncentrace FSH a LH způsobuje poruchu spermatogeneze, dochází k úbytku spermií. K tomuto dochází po 2-4 měsících podávání testosteronu. K návratu normálních funkce a počtu spermií dojde do 6 měsíců od ukončení podávání testosteronu. Tato metoda hormonální antikoncepce se podává intramuskulární injekcí v týdenních intervalech. Podáním testosteronu orálně dojde v játrech k jeho vyloučení, a tudíž je testosteron neúčinný. K injekční formě se využívá ester testosteronu nazván jako enanthate (TE). WHO provedla dvě studie injekcí TE. Do první studie bylo zařazeno 271 mužů, kterým se podala dávka 200mg TE intramuskulárně týdně. 60 % mužů se stalo azoospermiky a dalších 30 % oligospermiky. Azoospermici pokračovali s TE injekcemi po dobu 1.roku. V tomto období došlo pouze k jednomu těhotenství což prokázalo, že azoospermie způsobená podáváním testosteronu, má vysokou spolehlivost a účinnost. Druhá studie zkoumala účinnost injekcí TE u oligospermických mužů. Oligospermickým mužům neklesne množství spermií pod 3 milióny/ml ejakulátu, a proto jsou považováni za plodné. Ze studie vyplývá, že aplikace intramuskulárních injekcí mužům způsobila nepříjemný zážitek, 12 % mužů ze studie odešlo.

Vysoké dávky TE snižují HDL cholesterol, který má za následek rozvoj aterosklerózy. (Amory, 2016)

8. Význam limitace a dohledaných poznatků

Přehledová bakalářská práce překládá nejnovější publikované poznatky o problematice nechtěného těhotenství, jejich vlivu na rodičovství a možnosti řešení. Dohledané poznatky mohou být přínosné pro studenty zdravotnických oborů, lékařský personál i pro veřejnost, kterou tato problematika zajímá. Práce může být přínosná i pro ženy, které se ocitly v podobné situaci. Dohledané informace mohou být využité k dalším studiím, které budou zkoumat tuto problematiku. Dle odborníků je velice důležité plánování rodičovství hlavně u potenciálních páru, ve kterých je větší šance nechtěného otěhotnění. Nejčastějšími páry, které jsou vystaveny riziku nechtěného těhotenství jsou páry, jenž nepoužívají žádnou z antikoncepčních metod, žijící v rozvojových zemích a páry s rizikovým chováním.

Závěr

Přehledová bakalářská práce se zaměřuje na problematiku nechtěného těhotenství. Hlavním cílem bylo dohledat a předložit poznatky týkající se nechtěného těhotenství, jeho vlivu na těhotenství, na matku, na plod, poznatky týkající se způsobu řešení takovéto gravidity a její prevence. Nechtěné těhotenství je nejen problematika týkající se páru, ale také celosvětový problém. Některé ženy se uchýlí k nebezpečným potratům, což je způsob ukončení gravidity, který ohrožuje matky na životě. Prvním cílem bylo předložit aktuální dohledané poznatky o vlivu nechtěného těhotenství na rodinu jako celek. Rizikové chování matek v prekoncepčním období negativně ovlivňuje chování matek v těhotenství. Spousta matek závislých na návykových látkách ohrožuje své těhotenství řadou infekcí, intrauterinních problémů a porodnickými komplikacemi, jako jsou předčasný porod nebo krvácení. Rodička je ohrožena řadou psychických onemocnění, které nepříznivě ovlivňují rodičovskou roli a chování v těhotenství. Prenatální deprese a úzkosti způsobují nedostatečnou péči v těhotenství, a tím se zvyšují rizika pro plod i pro matku. Nejčastěji uváděnými riziky pro dítě jsou nízká porodní hmotnost, hypoxické stavy a předčasné porody. I ve školním věku jsou děti ohroženy poruchami učení, soustředění, kardiovaskulárními a psychickými onemocněními.

Druhým cílem bylo předložit aktuální dohledané poznatky o metodách řešení a prevence nechtěného těhotenství. K nejčastějšímu řešení nechtěného těhotenství patří umělé ukončení těhotenství. Mokaberian a kolektiv ve své publikaci v roce 2021 uvádí, že z 75 milionů nechtěných těhotenství ukončeno 45 milionů potratem. Ženy žijící v zemi, kde jsou potraty zakázané, často využívají metody nebezpečných potratů, které ženu ohrožují na životě. Mezi následky takových potratů patří těžké toxické a šokové stavy, poškození orgánů, krvácení dokonce i úmrtí. Ročně zemře na komplikace způsobené nebezpečnými metodami interrupce přes 22 800 žen. Jako prevence nechtěného těhotenství se využívají různé antikoncepční metody. Metoda vasektomie či hormonální mužská antikoncepce je metoda, kterou mohou využít páry, kdy žena nemůže ze zdravotních důvodů nebo si nepřeje z jiných důvodů používat antikoncepci. Pro muže je toto vhodnou metodou, kdy mohou ovlivňovat plodnost a plánování rodiny.

Referenční seznam

1. AMARASEKERA, Sonali, Raquel CATALAO, Emma MOLYNEAUX a Daniela C. FUHR, 2020. Hormonal Contraceptive Use and Risk of Attempted and Completed Suicide: a Systematic Review and Narrative Synthesis. *Psychiatric Quarterly* [online]. **91**(4), 1075-1087 [cit. 2022-04-25]. ISSN 0033-2720. Dostupné z: doi:10.1007/s11126-020-09815-5
2. PREPREGNANCY COUNSELING, 2019. *Fertility and Sterility* [online]. **111**(1), 32-42 [cit. 2022-04-25]. ISSN 00150282. Dostupné z: doi:10.1016/j.fertnstert.2018.12.003
3. AMORY, John K., 2016. Male contraception. *Fertility and Sterility* [online]. **106**(6), 1303-1309 [cit. 2022-03-26]. ISSN 00150282. Dostupné z: doi:10.1016/j.fertnstert.2016.08.036
4. BENAGIANO, Giuseppe, Henry GABELNICK a Ivo BROSENS, 2015. Long-Acting Hormonal Contraception. *Women's Health* [online]. **11**(6), 749-757 [cit. 2022-03-27]. ISSN 1745-5065. Dostupné z: doi:10.2217/whe.15.68
5. BIRGISSON, Natalia E., Qihong ZHAO, Gina M. SECURA, Tessa MADDEN a Jeffrey F. PEIPERT, 2015. Preventing Unintended Pregnancy: The Contraceptive CHOICE Project in Review. *Journal of Women's Health* [online]. **24**(5), 349-353 [cit. 2022-03-27]. ISSN 1540-9996. Dostupné z: doi:10.1089/jwh.2015.5191
6. BURTSCHER, Doris, Catrin SCHULTE-HILLEN, Jean-François SAINT-SAUVEUR, Eva DE PLECKER, Mohit NAIR a Jovana ARSENIJEVIĆ, 2020. "Better dead than being mocked": an anthropological study on perceptions and attitudes towards unwanted pregnancy and abortion in the Democratic Republic of Congo. *Sexual and Reproductive Health Matters* [online]. **28**(1) [cit. 2022-03-07]. ISSN 2641-0397. Dostupné z: doi:10.1080/26410397.2020.1852644
7. CERQUEIROVÁ, Andrea. Utajený porod. *Šance dětem* [online]. 17. 03. 2022 [cit. 2022-04-25]. Dostupné z: <https://sancedetem.cz/utajeny-porod>
8. CONNERY, Hilary Smith, Brittany B. ALBRIGHT a John M. RODOLICO, 2014. Adolescent Substance Use and Unplanned Pregnancy. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America* [online]. **41**(2), 191-203 [cit. 2022-02-20]. ISSN 08898545. Dostupné z: doi:10.1016/j.ogc.2014.02.011
9. Česká gynekologie: Czech gynecology, 2014. 2014. Praha: Česká lékařská společnost J. Ev. Purkyně. ISSN 1210-7832.

10. ČSÚ [online], 2022. Praha [cit. 2022-04-27]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/>
11. DAVID, Henry P. a Anna TITKOW, 1994. Abortion and Women's Rights in Poland, 1994. *Studies in Family Planning* [online]. **25**(4) [cit. 2022-01-31]. ISSN 00393665. Dostupné z: doi:10.2307/2137907
12. DIBABA, Yohannes, Mesganaw FANTAHUN a Michelle J HINDIN, 2013. The association of unwanted pregnancy and social support with depressive symptoms in pregnancy: evidence from rural Southwestern Ethiopia. *BMC Pregnancy and Childbirth* [online]. **13**(1) [cit. 2022-02-17]. ISSN 1471-2393. Dostupné z: doi:10.1186/1471-2393-13-135
13. DIXIT, Priyanka, Faujdar RAM a Laxmi Kant DWIVEDI, 2012. Determinants of unwanted pregnancies in India using matched case-control designs. *BMC Pregnancy and Childbirth* [online]. **12**(1) [cit. 2022-02-02]. ISSN 1471-2393. Dostupné z: doi:10.1186/1471-2393-12-84
14. DUDOVÁ, Radka, 2012. *Interrupce v České republice: zápas o ženská těla*. Praha: Sociologický ústav Akademie věd České republiky. ISBN 978-80-7330-214-6.
15. DUTTA, Mili, Chander SHEKHAR, Lokender PRASHAD a Dongmei LI, 2015. Level, Trend and Correlates of Mistimed and Unwanted Pregnancies among Currently Pregnant Ever Married Women in India. *PLOS ONE* [online]. **10**(12) [cit. 2022-02-03]. ISSN 1932-6203. Dostupné z: doi:10.1371/journal.pone.0144400
16. EMAM, N., 2015. L'accouchement secret, dit « accouchement sous X ». *Archives de Pédiatrie* [online]. **22**(5), 7-8 [cit. 2022-03-28]. ISSN 0929693X. Dostupné z: doi:10.1016/S0929-693X(15)30005-1
17. FOSTER, Diana Greene, Sarah E. RAIFMAN, Jessica D. GIPSON, Corinne H. ROCCA a M. Antonia BIGGS, 2019. Effects of Carrying an Unwanted Pregnancy to Term on Women's Existing Children. *The Journal of Pediatrics* [online]. **205**, 183-189.e1 [cit. 2022-02-04]. ISSN 00223476. Dostupné z: doi:10.1016/j.jpeds.2018.09.026
18. FOWLER JR, Mahdy H, Jack BW. Pregnancy. [Updated 2021 Aug 25]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan
19. FUSZARA, Małgorzata, 1991. Legal Regulation of Abortion in Poland. *Signs: Journal of Women in Culture and Society* [online]. **17**(1), 117-128 [cit. 2022-01-31]. ISSN 0097-9740. Dostupné z: doi:10.1086/494716

20. GEMZELL-DANIELSSON, Kristina, Ali KUBBA, Cecilia CAETANO, Thomas FAUSTMANN, Eeva LUKKARI-LAX a Oskari HEIKINHEIMO, 2021. Thirty years of mirena: A story of innovation and change in women's healthcare. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica* [online]. **100**(4), 614-618 [cit. 2022-03-27]. ISSN 0001-6349. Dostupné z: doi:10.1111/aogs.14110
21. GRYLLI, Chryssa, Ian BROCKINGTON, Christian FIALA, Mercedes HUSCSAVA, Thomas WALDHOER a Claudia M. KLIER, 2016. Anonymous birth law saves babies—optimization, sustainability and public awareness. *Archives of Women's Mental Health* [online]. **19**(2), 291-297 [cit. 2022-03-28]. ISSN 1434-1816. Dostupné z: doi:10.1007/s00737-015-0567-3
22. HAMDAOUI, N., C. CARDINALE a A. AGOSTINI, 2018. La contraception d'urgence. RPC Contraception CNGOF. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie* [online]. **46**(12), 799-805 [cit. 2022-03-28]. ISSN 24687189. Dostupné z: doi:10.1016/j.gofs.2018.10.006
23. HESS, Ludvík. Babybox. *Babybox* [online]. 23.4.2022 [cit. 2022-04-25]. Dostupné z: <https://www.babybox.cz/?p=zprava>
24. HESS, Ludvík. Zakládám babyboxy. *Ludvík Hess* [online]. [cit. 2022-04-25]. Dostupné z: <https://www.hess.cz/zakladam-babyboxy.php>
25. HOLLÁ, Kateřina, Petr WEISS, Vít UNZEITIG a David CIBULA, 2011. Abortions and Contraception Use among Czech and Romanian Women: Comparison of Representative National Studies. *The Journal of Sexual Medicine* [online]. **8**(4), 1083-1091 [cit. 2022-02-02]. ISSN 17436095. Dostupné z: doi:10.1111/j.1743-6109.2009.01645.x
26. HUSSEIN, Julia, Jane COTTINGHAM, Wanda NOWICKA a Eszter KISMODI, 2018. Abortion in Poland: politics, progression and regression. *Reproductive Health Matters* [online]. **26**(52), 11-14 [cit. 2022-01-31]. ISSN 0968-8080. Dostupné z: doi:10.1080/09688080.2018.1467361
27. CHISHOLM, Christian A., Linda BULLOCK a James E. (Jef) FERGUSON, 2017. Intimate partner violence and pregnancy: epidemiology and impact. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* [online]. **217**(2), 141-144 [cit. 2022-02-17]. ISSN 00029378. Dostupné z: doi:10.1016/j.ajog.2017.05.042

28. JALALI, Rostam, Masoud MOHAMMADI, Aliakbar VAISI-RAYGANI, Akram GHOBADI a Nader SALARI, 2019. Prevalence of unwanted pregnancy in Iranian women: a systematic review and meta-analysis. *Reproductive Health* [online]. **16**(1) [cit. 2021-11-19]. ISSN 1742-4755. Dostupné z: doi:10.1186/s12978-019-0804-8
29. JOHARI, Veena a Uma JADHAV, 2017. Abortion rights judgment: a ray of hope!. *Indian Journal of Medical Ethics* [online]. **2**(3) [cit. 2022-02-02]. ISSN 09748466. Dostupné z: doi:10.20529/IJME.2017.044
30. KAPP, Nathalie a Patricia A. LOHR, 2020. Modern methods to induce abortion: Safety, efficacy and choice. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* [online]. **63**, 37-44 [cit. 2022-03-09]. ISSN 15216934. Dostupné z: doi:10.1016/j.bpobgyn.2019.11.008
31. LØKELAND, Mette, Tone BJØRGE, Ole-Erik IVERSEN, Rupali AKERKAR a Line BJØRGE. Implementing medical abortion with mifepristone and misoprostol in Norway 1998–2013. *International Journal of Epidemiology* [online]. [cit. 2022-02-01]. ISSN 0300-5771. Dostupné z: doi:10.1093/ije/dyw270
32. MAGHSOUDLOU, Siavash, Sven CNATTINGIUS, Scott MONTGOMERY, Mohsen AARABI, Shahriar SEMNANI, Anna-Karin WIKSTRÖM, Shahram BAHMANYAR a Paige L WILLIAMS, 2017. Opium use during pregnancy and risk of preterm delivery: A population-based cohort study. *PLOS ONE* [online]. **12**(4) [cit. 2022-02-28]. ISSN 1932-6203. Dostupné z: doi:10.1371/journal.pone.0176588
33. MÄHLCK, Carl-Gustav a Torbjörn BÄCKSTRÖM, 2017. Follow-up after early medical abortion: Comparing clinical assessment with self-assessment in a rural hospital in northern Norway. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* [online]. **213**, 1-3 [cit. 2022-02-01]. ISSN 03012115. Dostupné z: doi:10.1016/j.ejogrb.2017.03.034
34. MAZZA, Danielle, Gwendoline BURTON, Simon WILSON, Emma BOULTON, Janet FAIRWEATHER a Kirsten I BLACK, 2020. Medical abortion. *Australian Journal of General Practice* [online]. **49**(6), 324-330 [cit. 2022-03-09]. ISSN 2208794X. Dostupné z: doi:10.31128/AJGP-02-20-5223
35. MCCLOSKEY L. A. (2016). The Effects of Gender-based Violence on Women's Unwanted Pregnancy and Abortion. *The Yale journal of biology and medicine*, 89(2), 153–159.

36. MOKABERIAN, Mansoureh, et al. "The effect of progressive muscle relaxation with imagery-based relaxation on the mental health and maternal-fetal attachment in women with a first unwanted pregnancy." *International Journal of Health Studies* 7.1 (2021): 11-16.
37. MOSS DA, Snyder MJ, Lu L. Options for women with unintended pregnancy. *Am Fam Physician*. 2015 Apr 15;91(8):544-9. PMID: 25884862.
38. ROZTOČIL, Aleš a Pavel BARTOŠ, 2011. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2832-2.
39. RIVKIN-FISH, Michele, 2017. Legacies of 1917 in Contemporary Russian Public Health: Addiction, HIV, and Abortion. *American Journal of Public Health* [online]. **107**(11), 1731-1735 [cit. 2022-01-27]. ISSN 0090-0036. Dostupné z: doi:10.2105/AJPH.2017.304064
40. SAIKIA, Nandita, Catherine MEH, Usha RAM, Jayanta Kumar BORA, Bhaskar MISHRA, Shailaja CHANDRA a Prabhat JHA, 2021. Trends in missing females at birth in India from 1981 to 2016: analyses of 2.1 million birth histories in nationally representative surveys. *The Lancet Global Health* [online]. **9**(6), e813-e821 [cit. 2022-04-19]. ISSN 2214109X. Dostupné z: doi:10.1016/S2214-109X(21)00094-2
41. SANDERS, Jessica N., Daniel E. ADKINS, Simranvir KAUR, Kathryn STORCK, Lori M. GAWRON, David K. TUROK a Nelly Rwamba MUGO, 2018. Bleeding, cramping, and satisfaction among new copper IUD users: A prospective study. *PLOS ONE* [online]. **13**(11) [cit. 2022-03-27]. ISSN 1932-6203. Dostupné z: doi:10.1371/journal.pone.0199724
42. SHAHRY P, Kalhori SR, Esfandiyari A, Zamani-Alavijeh F. A Comparative Study of Perceived Social Support and Self-Efficacy among Women with Wanted and Unwanted Pregnancy. *Int J Community Based Nurs Midwifery*. 2016 Apr;4(2):176-85. PMID: 27218115; PMCID: PMC4876786.
43. TOMANOVÁ, J., Kopecký, M., Kikalová, K., Zemánek, P., Charamza, J., & Bezděková, M. (2014). Užívání hormonální antikoncepce u dospívajících dívek v olomouckém regionu. *Česká antropologie*, 64(supplementum), 29–31
44. WADO, Yohannes Dibaba, Mesganaw Fantahun AFEWORK, Michelle J. HINDIN a Zulfiqar A. BHUTTA, 2014. Effects of Maternal Pregnancy Intention, Depressive Symptoms and Social Support on Risk of Low Birth Weight: A Prospective Study from Southwestern Ethiopia. *PLoS ONE* [online]. **9**(5) [cit. 2022-02-08]. ISSN 1932-6203. Dostupné z: doi:10.1371/journal.pone.0096304

45. YAYA, Sanni, Bishwajit GHOSE a Kannan NAVANEETHAM, 2018. Prevalence of unmet need for contraception and its association with unwanted pregnancy among married women in Angola. *PLOS ONE* [online]. **13**(12) [cit. 2022-04-27]. ISSN 1932-6203. Dostępne z: doi:10.1371/journal.pone.0209801
46. ZARĘBA, Kornelia, Krzysztof HERMAN, Ewelina KOŁB-SIELECKA a Grzegorz JAKIEL, 2021. Abortion in Countries with Restrictive Abortion Laws—Possible Directions and Solutions from the Perspective of Poland. *Healthcare* [online]. **9**(11) [cit. 2022-01-31]. ISSN 2227-9032. Dostępne z: doi:10.3390/healthcare9111594

Seznam zkratk

AIDS-Acquired Immune Deficiency Syndrome

Cu-IUD

EVA-elektrická vakuová aspirace

FSH-folikulostimulační hormon

hCG-lidský choriový gonadotropin

HDL-cholesterol

HDSS-Health and Demographic Surveillance System

HIV-Human Immunodeficiency Virus

IIPS-Mezinárodní institut pro populační vědy

IVP-Násilí ze strany intimních partnerů

LARC-Dlouhodobá reverzibilní antikoncepce

LBW-nízké porodní hmotnosti

LH-luteinizační hormon

LNG-levonorgestrel

MVA-manuální vakuová aspirace

NFHS-National Family Health Survey

OSN-organizace spojených národů

TE-ester testosteronu nazván jako enanthate

UPA ulipristal acetát

WHO-World Health Organization