



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Interrupce a její následky

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: [PORODNÍ ASISTENCE](#)

Autor: Martina Rozmilerová

Vedoucí práce: Mgr. Romana Belešová

České Budějovice 2018

Interrupce a její následky

Abstrakt

Tématem bakalářské práce je interrupce a její následky. Interrupce a její problematika je v současnosti velmi aktuální a diskutované téma. Bakalářskou práci tvoří dvě části, a to část teoretická a část výzkumná.

V teoretické části bakalářské práce je charakterizována interrupce, její metody, které jsou rozčleněny podle délky gravidity ženy a komplikací, které mohou vzniknout v důsledku umělého přerušování těhotenství. Teoretickou část dále tvoří kapitola zachycující historický vývoj interrupce od starověku po 21. století. Teoretickou část bakalářské práce uzavírá kapitola zabývající se etickou stránkou interrupce.

Pro výzkumnou část bakalářské práce byly stanoveny dva cíle. Prostřednictvím prvního cíle byly zjišťovány postoje žen k interrupci a jejím následkům. Stanovením druhého cíle byly mapovány názory porodních asistentek na problematiku interrupce.

Výzkumné kvalitativní šetření bylo prováděno prostřednictvím polostrukturovaných individuálních rozhovorů. Před uskutečněním rozhovorů byli gynekologové, dotazované porodní asistentky a ženy seznámeni s tématem bakalářské práce, s výzkumnými cíli a otázkami. Na základě ujištění o zachování anonymity byly podepsány žádosti o souhlas ke spolupráci.

Rozhovory se ženami byly provedeny v měsících duben a květen v roce 2017 v domácím prostředí respondentek. Pro rozhovory bylo sestaveno celkem patnáct otevřených otázek. Prostřednictvím prvních čtyř otázek byly zjišťovány základní identifikační údaje žen, následných jedenáct otázek bylo cíleno na interrupci, její komplikace a následky. Rozhovory s porodními asistentkami byly vykonány v měsících duben až červen 2017 ve vybraných gynekologických ambulancích v Jihočeském kraji. Pro rozhovor bylo sestaveno celkem třináct otevřených otázek, které se zabývaly interrupcí a okruhem problémů, které ji provázejí.

Získané rozhovory se ženami a porodními asistentkami byly přepsány do tištěné formy a analyzovány metodou barvení textu. Na základě analyzovaných dat byly

stanoveny hlavní kategorie a podkategorie. Data získaná z rozhovorů se ženami byla rozdělena do tří hlavních kategorií, které byly rozšířeny o sedm podkategorií. Analyzované údaje z rozhovorů s porodními asistentkami byly rozčleněny do čtyř hlavních kategorií, které byly doplněny devíti podkategoriemi.

Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že většina dotazovaných žen zaujímá k interrupci a její problematice neutrální postoj. Pět z osmi dotazovaných žen považuje interrupci za nezbytnou součást života žen, za volbu, na kterou má právo každá žena bez toho, aby ji musela jakémukoliv člověku vysvětlovat či ji před ním obhajovat. Pouze tři respondentky projevíly negativní postoj k interrupci. Dvě ženy uvedly, že jejich negativní postoj k interrupci je silně ovlivněn křesťanskou vírou, kterou vyznávají. Pouze jedna žena uvedla, že negativní postoj k interrupci vychází z jejího vlastního přesvědčení.

Podobně jako u žen i většina dotazovaných porodních asistentek zaujímá neutrální názor na interrupci a její problematiku. Pouze jedna z pěti dotazovaných porodních asistentek zaujímala negativní názor k interrupci, ale zároveň uvedla, že tento názor vždy ponechávala přede dveřmi ordinace a během své praxe nedovolila, aby její postoj ovlivnil profesionální přístup k ženě a pochopení jejího rozhodnutí.

Výsledky výzkumného šetření mohou být využity jako informační materiál pro porodní asistentky při edukaci žen na téma interrupce a její následky. Tato bakalářská práce by současně mohla být vhodná i pro samotné ženy jako zdroj informací o této problematice.

Klíčová slova:

Žena; těhotenství; interrupce; zdravotní následky; komplikace; legislativa; Postabortivní syndrom; etika; pro-choice; pro-life; porodní asistentka

Abortion and its consequences

Abstract

The topic of the thesis is abortion and its aftermath. Abortion and its problematics is an actual and very discussed topic. The thesis is divided into two parts, theoretical and practical part.

In the theoretical part of the thesis there is description of abortion, its methods which are broken down by the length of pregnancy of women and complications, which can originate from the artificial abortion. In the theoretical part there also is the description of historical development of abortion from the antiquity to the 21. century. At the end of the thesis there is a chapter about ethics connected with abortion.

There were two objectives of the practical part. The first one was to find out stance that women take on abortion and its aftermath. The second one was to describe stances midwives take on abortion.

Scientific qualitative research was done using semi-structured individual interviews. Gynecologists, questioned midwives and women were all acquainted with the topic of the thesis, scientific objectives and questions. Agreements of cooperation were signed to ensure involved people about their anonymity.

The interviews were conducted in April and May in 2017 in the homes of the respondents. There were fifteen open questions prepared. The first 4 questions were for finding out the basic identification data of the women, and the following eleven questions were about the abortions, its complications and aftermath. The interviews with midwives were conducted from April to June 2017, in the chosen gynecological ambulances in the area South Bohemian region. For this interview there were 13 open questions about abortion and complications connected with it.

These interviews were rewritten to a written form and analyzed using the method of thematic content. Main and submain categories were also specified using the analyzed data. The data from the interviews with the women were divided into three main categories which were expanded by seven subcategories. The data from the

interviews with the midwives were divided into four main categories which were completed by nice subcategories. The results of the scientific investigation show that majority of questioned women takes negative stance on abortion. Five out of eight questioned women think that abortion is important part of lives of women and also a choice every woman can make without the need to explain or defend herself. Only three respondents took a negative stance on abortion. Two women said their stance is strongly influenced by their Christian belief. Only one woman said that her negative stance on abortion is because of her own conviction.

Similar to the opinion of the women midwives take neutral stance on abortion. Only one out of five questioned midwives took a negative stance on abortion, but she also said that she doesn't let her opinion influence her work and professional approach to woman and her understanding of her decision.

The results of this investigation can be used as a source of information for midwives in terms of educating women about interruption and its aftermath. This thesis is also suitable as a source of information about this problematic to women.

Keyword:

Woman; pregnancy; abortion; health aftermath; complication; legislative; post-abortion syndrome; ethics, pro-choice; pro-life; midwife

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 20. 4. 2018

.....
Martina Rozmilerová

Poděkování

Především bych chtěla poděkovat paní Mgr. Romaně Belešové za její rady, připomínky a čas strávený vedením mé bakalářské práce.

Velké díky patří také ženám a porodním asistentkám, které mi věnovaly svůj čas a v rozhovorech ochotně odpovídaly na mé otázky.

Dále bych chtěla poděkovat rodině a blízkým, kteří mě po dobu studia podporovali.

Obsah

Úvod.....	10
1 Současný stav	11
1.1 Vznik, vývoj těhotenství a jeho diagnostika	11
1.1.1 Diagnostika těhotenství.....	13
1.2 Charakteristika interrupce	13
1.3 Historie interrupce (starověk, středověk a novověk)	14
1.3.1 Historie interrupce v České republice.....	15
1.3.2 Interrupce ve 20. a 21. století.....	17
1.4 Metody interrupce	19
1.4.1 Interrupce do 8. týdne gravidity.....	20
1.4.2 Interrupce od 8. týdne do 12. týdne gravidity.....	21
1.4.3 Umělé ukončení těhotenství na žádost ženy	21
1.4.4 Interrupce po 12. týdnu gravidity.....	22
1.4.5 Umělé ukončení těhotenství ze zdravotních důvodů	23
1.5 Komplikace interrupce	23
1.5.1 Bezprostřední následky interrupce.....	24
1.5.2 Časné komplikace	25
1.5.3 Pozdní komplikace.....	26
1.6 Péče porodní asistentky o ženu	28
1.7 Legislativa interrupce v České republice	29
1.8 Etická problematika interrupce	30
2 Cíle práce, výzkumné otázky	32
2.1 Cíle práce	32
2.2 Výzkumné otázky.....	32
2.3 Operacionalizace pojmů.....	32
3 Metodika.....	34

3.1	Použitá metodika	34
3.2	Charakteristika výzkumného souboru	35
4	Výsledky výzkumu	36
4.1	Rozhovory se ženami	36
4.2	Rozhovory s porodními asistentkami	47
5	Diskuze	55
6	Závěr	64
7	Seznam použité literatury	66
8	Seznam příloh a obrázků	73
8.1	Seznam příloh	73
8.2	Seznam obrázků	73
9	Seznam použitých zkratk	74
10	Seznam cizích slov	75

Úvod

Interrupce neboli umělé přerušení těhotenství se řadí mezi malé gynekologické operační výkony. Jejím záměrem je ukončení těhotenství, dle platného zákona č. 66/1986 Sb. nejdéle do 12. týdne těhotenství na žádost ženy nebo do 24. týdne těhotenství ze zdravotních důvodů ženy či plodu. Interrupce se provádí jako ambulantní zákrok ve zdravotnických zařízeních.

Podobně jako jiné operační výkony s sebou interrupce přináší riziko vzniku pooperačních komplikací. Riziko vzniku komplikací se zvyšuje s pokročilostí gravidity. Pro minimalizaci výskytu komplikací je nutné, aby se žena pro výkon rozhodla co nejdříve, dále podstoupila ultrazvukové vyšetření pro upřesnění délky těhotenství a předoperační přípravu, kterou stanoví ošetřující gynekolog.

Pojem interrupce vyvolává mnoho etických otázek, na které ani v 21. století neexistuje jednotná odpověď a svou problematikou se řadí mezi největší etické problémy 21. století.

Dnes žijeme v době, kdy se mladé, samostatné ženy více zaměřují na studium a budování kariéry než na zakládání domácnosti a rodiny. Díky tomu se můžeme častěji setkat s ženami, které se pro svou slibnou budoucnost rozhodnou podstoupit umělé přerušení těhotenství. S touto situací jsem se setkala jak ve svém okolí, tak i v rámci odborné praxe. Z tohoto důvodu jsem si zvolila výše uvedené téma bakalářské práce, zajímalo mě, jak ženy a porodní asistentky nahlízejí na interrupci a její problematiku, jaké názory a postoje mají vůči etické otázce.

1 Současný stav

1.1 Vznik, vývoj těhotenství a jeho diagnostika

Těhotenství je stav, kdy v organismu ženy dochází k vývoji plodu (Hájek et al., 2014). Těhotenství vzniká spojením ženských pohlavních buněk (oocytů) a mužských pohlavních buněk (spermii) a je ukončeno porodem (Slezáková et al., 2017). Fyziologické těhotenství trvá přibližně 280 dní neboli 10 lunárních měsíců (Pařízek, 2015).

K oplození oocyty dochází ve vejcovodech (Slezáková et al., 2017). Splynutím jader spermie a oocyty vzniká zygota, která má diploidní počet chromozomů, buď 46, XX nebo 46, XY (Hájek et al., 2014). Během posunu oplozeného vajíčka vejcovodem dochází k jeho rýhování a následně dochází k nidaci a implantaci blastocysty do deciduy (těhotenská sliznice dutiny děložní) (Hájek et al., 2014).

Vývoj plodu rozdělujeme do tří základních fází. První fází je blastogeneze, je to období vývoje plodového vejce po dobu tří týdnů od splynutí pohlavních buněk (Roztočil, 2017). Během blastogeneze dochází ke vzniku a vývoji placenty, pupečníku a plodových blan (Slezáková et al., 2017).

Druhou fází je embryogeneze, která začíná přibližně 22. den po oplození a je ukončena na konci 10. týdne těhotenství (Roztočil, 2011). V období embryogeneze dochází k vývoji orgánů embrya (Hájek et al., 2014). Prvně se vyvíjí kraniální část embrya, relativně rychle vznikají základy mozku a srdce (již 4. týden po oplození), které začíná pohánět krevní oběh embrya (Roztočil, 2017). Šestý týden po oplození má embryo poměrně dobře vyvinuté končetiny, prsty, ústa, nos a viditelná oční víčka (Pařízek, 2015). Lze již poznat všechny vnitřní orgány a je zahájena diferenciací zevního genitálu (Marešová, 2014).

Třetí fází vývoje plodu se nazývá fetogeneze (Marešová, 2014). V období fetogeneze již nehovoříme o embryu, ale o plodu (Slezáková et al., 2017). Třetí fáze je ukončena porodem plodu (Hájek et al., 2014). Již během fetálního vývoje lze zaznamenat reakci plodu na vnější podněty například intenzitou pohybu (Roztočil, 2017).

Mezi 13. a 16. týdnem těhotenství plod kontinuálně roste, oči se posouvají do středu obličeje, pokožka plodu je pokryta fetálním ochlupením (lanugem), urychluje se vývoj kostí a svalů, dochází k napřímení plodu, lze určit pohlaví plodu a je dokončen vývoj ledvin (Pařízek, 2015). Plod v tomto období měří přibližně 80–140 mm a váží 140–200 g (Obrázek 1) (Hájek et al., 2014).

Mezi 17. a 20. týdnem těhotenství pohyby plodu nabývají na takové síle, že je již žena schopná jednotlivé pohyby zaznamenat a pomocí stetoskopu je možné zachytit srdeční ozvy plodu (Hájek et al., 2014). Lanugo stále pokrývá celé tělo plodu, dále začínají růst vlasy, řasy, obočí, nehty jsou již jasně zřetelné na horních i dolních končetinách (Slezáková et al., 2017).

V 21. až 24. týdnu těhotenství je zaznamenáván velký váhový přírůstek plodu (Pařízek, 2015). Kůže plodu je vrásčitá, červená a je vidět krev v kapilárách (Roztočil, 2017). Plod váží 300–800 g a délka plodu je okolo 200 až 228 mm (Marešová, 2014).

V 25.–28. týdnu těhotenství dosahuje obličej a tělo plodu fyziologické podoby a do porodu se téměř nemění (Roztočil, 2017). Dochází k rychlému vývoji mozku a centrální nervové soustavy a plod již otevírá oční víčka (Hájek et al., 2014). Hmotnost plodu se pohybuje v rozmezí 1000 až 1200 g a délka plodu okolo 260 až 300 mm (Slezáková et al., 2017).

V období mezi 29. a 32. týdnem těhotenství je délka plodu 350 mm a hmotnost 2000 g (Pařízek, 2015). Kostra plodu je vyvinutá, ale ještě není zcela osifikovaná, kůže plodu je růžová a méně vrásčitá (Hájek et al., 2014).

Mezi 33. a 36. týdnem těhotenství je délka plodu 400 mm a hmotnost 2500 g (Hájek et al., 2014). Růst plodu se zpomaluje, lanugo postupně mizí, zůstává převážně v oblasti ramének (Slezáková et al., 2017). Plod je schopen extrauterinního života (Roztočil, 2017)

V průběhu 37. až 40. týdne těhotenství je dovršen vývoj plodu (Slezáková et al., 2017). Kůže je bez lanuga, růžová, hladká, délka plodu je okolo 450 až 510 mm a hmotnost se pohybuje v rozmezí od 2600 do 3800 g (Hájek et al., 2014). Plod je připraven na porod (Pařízek, 2015).

1.1.1 Diagnostika těhotenství

Diagnostikovat těhotenství lze pomocí anamnézy klinického vyšetření (Slezáková et al., 2017). Diagnostika se opírá o známky těhotenství, které členíme na známky nejisté, známky pravděpodobné a známky jisté (Hájek et al., 2014). Mezi známky nejisté řadíme změny psychické (výkyvy nálad), změny vegetativní (únavu, závratě, ranní nevolnosti, zvracení) (Roztočil, 2017). Do pravděpodobných známek patří amenorea, tmavší pigmentace vulvy a prsních dvorců, prosáknutí a zvětšení čípku a dělohy, zvětšená a citlivá prsa (Gregora, Velemínský ml., 2017). Mezi známky jisté patří citelné pohyby plodu, detekce akce srdeční a lze prostřednictvím zevního vyšetření nahmatat velké a malé části plodu (Gregora, Velemínský ml., 2017).

V dnešní době nejvyžívanější metoda v diagnostice časného těhotenství je průkaz lidského choriového gonadotropinu (hCG) (Schneiderová, 2014). Hormon hCG lze detekovat buď pomocí kvalitativní metody z moči těhotné ženy, nebo metodou kvantitativní z krve těhotné ženy (Gregora, Velemínský ml., 2017).

Diagnostika s použitím ultrazvukového vyšetření umožňuje zachytit těhotenství již v pátém týdnu těhotenství a vitalitu plodu můžeme detekovat již v 6. týdnu gravidity (Hájek et al., 2014).

1.2 Charakteristika interrupce

Interrupce neboli umělé přerušování těhotenství (UUT) je výkon umožňující plánované ukončení těhotenství prostřednictvím chirurgického zákroku, nebo za pomoci medikamentů, takzvaných potratových pilulek (Slezáková et al., 2017). UUT lze provést na základě podání Žádosti o umělé přerušování těhotenství (UPT), hlášení o potratu a mimoděložního těhotenství (Příloha 1), nejdéle do 12. týdne těhotenství, kdy si žena musí zákrok hradit sama, nebo ze zdravotních důvodů do 24. týdne těhotenství, kdy je zákrok hrazen zdravotní pojišťovnou (Roztočil, 2011). V souvislosti s ohrožením života ženy lze UUT provést kdykoliv (Hájek et al., 2014). Dle délky těhotenství dělíme UUT na miniinterrupci a klasický instrumentální potrat (Schneiderová, 2014). Miniinterrupce se provádí nejdéle do 8. týdne těhotenství, ambulantně v krátkodobé intravenózní anestezii, pomocí vakuumaspirace (Obrázek 2) (Hájek et al., 2014). Do 8. týdne těhotenství lze využít také metodu medikamentózní pomocí potratové pilulky,

tzv. RU 486 (Woman on Waves, 2015). Klasický instrumentální potrat se provádí od 8. do 12. týdne těhotenství v celkové anestezii. Provádí se pomocí kyret, potratových kleští a vakuumaspirace (Roztočil, 2011).

Interrupce se řadí mezi nejčastěji prováděné výkony v gynekologii a porodnictví. World Health Organization (WHO, též SZO) uvádí, že za jeden kalendářní rok ve světě umělé ukončení těhotenství podstoupí přibližně 40 až 50 miliónů žen (Kučera, 2011). V České republice dochází k postupnému klesání počtu umělých ukončení těhotenství (Kučera, 2011). Informace o celkovém počtu interrupcí, které byly provedeny ve zdravotních zařízeních v České republice, jsou evidovány v databázi Ústavu zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) (Kučera, 2011). Nejvyšší nárůst počtu interrupcí v ČR byl zaznamenán v roce 1988, kdy bylo uskutečněno 113 730 interrupcí (ÚZIS ČR, 2016). Podle statistik bylo v roce 2014 evidováno 21 893 případů umělého přerušeni těhotenství, v roce 2015 bylo evidováno 20 403 případů umělého přerušeni těhotenství, což je o 1490 výkonů méně než v roce 2014 (Příloha 2) (ÚZIS ČR, 2016).

Pohnutky, které vedou ženu k podstoupení umělého přerušeni těhotenství, členíme na důvody sociální, etické, terapeutické a eugenické, což jsou důvody ze strany plodu (Marešová, 2014). Dle statistik ženy nejčastěji uvádějí důvody sociální, kdy dítě pro ženu nebo celou její rodinu znamená neúnosnou zátěž (Kučera, 2011). Dále máme etické důvody, které nastávají v případě, kdy žena otěhotněla při znásilnění nebo jiném trestném činu (Weiss, 2010). Významnou část tvoří i důvody terapeutické, kdy těhotenství ohrožuje zdravotní stav nebo život ženy (Kučera, 2011). Ženě je umožněno podstoupit umělé přerušeni těhotenství v případě, kdy výsledky prenatalního vyšetření poukazují na velkou pravděpodobnost vrozené vývojové vady plodu, lze uvést například Downův či Turnerův syndrom (Hájek et al., 2014).

1.3 Historie interrupce (starověk, středověk a novověk)

Interrupce byla praktikována v každé kultuře v podstatě od počátku civilizace, pomocí šamanství, rituálů, lektvarů, bylinek (Kaplan, 2016). První písemné zmínky o interrupci můžeme zachytit již 2250 let před našim letopočtem (Čurdová, 2004). Již v antickém Řecku a Římě využívali umělé přerušeni těhotenství k regulaci počtu populace a udržení vhodné ekonomické situace (Kaplan, 2016). K této myšlence

se přikláněl i samotný Aristoteles, či Platón, který zastával myšlenku, že by měl být umožněn potrat ženám starším čtyřiceti let (Sokačová, 2006). Naopak Hippokrates odsuzoval interrupci a tvrdil, že tato metoda je v rozporu s lékařskou odpovědností (Kaplan, 2016). Metoda umělého ukončení těhotenství v době antického Řecka a Říma nebyla příliš dobře rozvinutým výkonem, žena po zákroku mnohokrát umírala na velkou krevní ztrátu, infekci, zánět, eventuálně byla žena po interrupci sterilní z důvodu poranění pohlavních orgánů, ke kterým docházelo při provádění výkonu (Čurdová, 2004).

Ve středověku byla interrupce považována za závažný trestný čin (Kaplan, 2016). Tento výkon byl uskutečňován převážně lidmi, kteří neměli potřebné vzdělání a kompetence k jeho realizaci, mnohdy interrupci vykonávaly porodní báby (Čurdová, 2004). Pokoutné potratářství, tzv. andělíčkářství bylo páčáno tajně, pokud byla žena při tomto výkonu přistižena, hrozil jí přísný trest vězení nebo trest smrti (Kaplan, 2016). Žena při pokoutných interrupcích umírala na velké krevní ztráty, těžké sepse, které byly způsobeny při interrupci (Sokačová, 2006).

1.3.1 Historie interrupce v České republice

V Československé socialistické republice (ČSSR) v roce 1957 proběhla legalizace interrupčního zákona č. 68/1957, který umožňoval ženám podrobit se interrupci i z jiných než medicínských důvodů (Kabrhel, 2013). Impulzem pro legalizaci interrupce v ČSSR bylo politické rozhodnutí za účelem udržení stabilních sociálních a ekonomických podmínek (Dudová, 2012). I přes to, že byla interrupce v ČSSR legalizována, samotné rozhodnutí nespočívalo na ženě, která chtěla interrupci podstoupit, ale na interrupční komisi, před kterou žena musela předstoupit a předložit důvody, pro které chce zákrok prodělat (Cigánek, 2010).

Interrupce dle zákona byla ženě umožněna, pokud splňovala určité podmínky (Jechová, 2008). Jednou z podmínek bylo, že žena musela být obvodním nebo ženským lékařem (dnešním gynekologem) upozorněna na možné následky interrupce (Dudová, 2012). Žena byla povinna podat žádost v okrese, ve kterém měla trvalé bydliště (Kabrhel, 2013). Žádost mohla podat jedině těhotná žena, výjimka byla umožněna pouze v případě, že těhotná žena byla nezletilá, eventuálně byla zbavená právní zodpovědnosti, za takovýchto okolností bylo dovoleno podat žádost i zákonný zástupce

(Martius et al., 1997). Dle zákona o provedení interrupce rozhodovala interrupční komise (Zdravotnictví a medicína, 2012). V případě zamítnutí žádosti okresní interrupční komisí se mohla žena odvolat u krajské interrupční komise (Martius et al., 1997). Žena mohla podstoupit zákrok v případě závažných zdravotních důvodů (Kabrhel, 2013). Pokud žena neměla zdravotní důvody, byla povinna doložit jiné závažné pohnutky, které musely být uznány interrupční komisí (Zdravotnictví a medicína, 2012). Zákrok mohl být proveden jedině ve zdravotnickém lůžkovém zařízení (Dudová, 2012). Jiné závažné důvody byly zaznamenány ve vyhlášce Ministerstva zdravotnictví č. 71/1957 (Dudová, 2012). Mezi závažné důvody, které byly uvedeny ve vyhlášce, patřily například: věk ženy nad čtyřicet let, alespoň tři žijící děti, těhotenství vzniklé v důsledku znásilnění, úmrtí manžela, ekonomické nebo sociální problémy, prokázané problémy v manželství (Kabrhel, 2013). Žena musela například doložit důkaz o tom, že otcem dítěte nebyl její manžel, takto vznikla „profese“ takzvaného „profesionálního tatínka“. Takto byl nazýván muž, který za peníze předstoupil před interrupční komisí a potvrdil ženě, že dítě, které čeká, je jeho (Uzel, 2008). Interrupční zákon č. 68/1957 byl vlivem sociálních a ekonomických změn a nárůstem počtu interrupcí v průběhu 60. a 70. let neustále upravován. Interrupce byla zpoplatněna, žena musela zaplatit částku v rozmezí 500–800 Kčs, což byla na tehdejší poměry poměrně vysoká suma, vezmeme-li v potaz, že tehdy byla průměrná mzda kolem 1400–1500 korun československých a ne každá žena si tak mohla zákrok dovolit (Dudová, 2012). Dále byl stanoven limit interrupce do dvanáctého týdne těhotenství (Kabrhel, 2013). Žena mohla žádat o interrupci pouze v nemocnici v místě svého bydliště (Dudová, 2010). Pro každou nemocnici musela být zřízena vlastní interrupční komise (Zdravotnictví a medicína, 2012).

Na konci 70. let se zvedla vlna kritiky na interrupční komise jak z řad široké veřejnosti, tak z řad lékařů. Kritika a nátlak na interrupční komise na začátku 80. let byla tak silná, že se začalo hovořit o reformě interrupčního zákona (Kabrhel, 2013). Tak se stalo 1. června 1987, kdy vstoupil v platnost nový, pozměněný interrupční zákon č. 66/1986 (Zdravotnictví a medicína, 2012). K reformě zákona také velice napomohl vývoj medicíny, a to především objevení metody mini-interrupce (tzv. „regulace menstruace“) a její zavedení do praxe (Dudová, 2012). V Československé socialistické republice se metoda mini-interrupce začala používat již od roku 1977 (Dudová, 2012).

Zárok mini-interrupce spočíval v odstranění obsahu dutiny děložní pomocí vakuumaspirace nejdéle do 8. týdne těhotenství (Kabrhel, 2013). Metoda mini-interrupce ale stále spadala pod interrupční zákon, tudíž žena stále musela předstupovat před potratové komise a čekat na schválení její žádosti (Cigánek, 2010). Potratovým komisím často trvalo i několik týdnů, než daná žádost byla schválena, žena během čekání na schválení žádosti přesáhla délku těhotenství 8 týdnů a mini-interrupci již nebyla umožněna (Dudová, 2012). Tento problém pobouřil mnoho českých gynekologů, kteří následně apelovali, aby byl zákon změněn (Cigánek, 2010). Dále změně zákona napomohly ženy, které odmítaly předstupovat před potratové komise a sdělovat jim své intimní problémy (Kabrhel, 2013). Ke změně zákona napomohli i lékaři, kteří potratovou komisi často kritizovali, a psychologické studie poukazující na psychologické následky u dětí, které se narodily z nechtěného těhotenství (Dudová, 2012).

Dle zákona č. 66/1986 byla interrupce prováděna pouze na žádost ženy, nejdéle do 12. týdne gravidity, interval mezi jednotlivými interrupcemi musel být alespoň 6 měsíců (Kabrhel, 2013). Dívka mladší 16 let musela mít souhlas zákonného zástupce, dívky ve věku 16 až 18 let nemusela mít souhlas zákonného zástupce, ale po provedení výkonu bylo zdravotnické zařízení povinováno zákonného zástupce následně informovat (Dudová, 2012). Mini-interrupce byla pomocí vyhlášky Ministerstva zdravotnictví 467/1992 zpoplatněna a vyšší ceny zákroku si určovaly nemocnice a zdravotnická zařízení sama (Dudová, 2012). Interrupční zákon č. 66/1986 je v této formě platný dodnes (Kabrhel, 2013).

1.3.2 Interrupce ve 20. a 21. století

Legalizace interrupce v USA a ve většině zemí Evropy na žádost ženy nebo ze sociálních důvodů proběhla v druhé polovině 20. století (Dudová, 2012). Interrupce byla legalizována především díky nátlaku ženského hnutí, které bojovalo za právo ženy rozhodovat o vlastním těle (Dudová, 2012). V ČR byla interrupce legalizována v roce 1957, ve Švédsku a Velké Británii byla interrupce uzákoněna v roce 1967, následně v sedmdesátých letech 20. století došlo k postupnému uvolňování interrupčního zákona i ve Finsku, Dánsku, Francii, Itálii a v dalších zemích Evropy (Dudová, 2012).

Dnes již téměř každý vyspělý stát řeší potratovou politiku interrupčním zákonem (Roztočil, 2011). Vyspělé státy zaujímají k potratové politice dva základní postoje, a to buď restriktivní, nebo liberální (Roztočil, 2011).

Co se restriktivního postoje týká, ještě stále se můžeme setkat se státy, ve kterých je interrupce úplně zakázána (především v zemích, kde má silný vliv náboženství) (Woman on Waves, © 2015). Dále jsou státy, ve kterých je interrupce povolena pouze ze závažných zdravotních důvodů ženy (Kučera, 2011). Bohužel tyto zákazy nevedou ke snižování počtu interrupcí, ale často se zvyšuje počet nelegální potratové praxe, také dochází k výraznému nárůstu potratové turistiky, kdy ženy za účelem přerušení těhotenství cestují do zemí, kde je interrupce legální (Dudová, 2012). V souvislosti s nelegálně prováděnými interrupcemi dochází ke zvyšování morbidit a mortality žen (Roztočil, 2011). K zemím s restriktivní potratovou politikou řadíme například Africké státy, Islámské státy, Irsko (Kučera, 2011).

Dnes již existují organizace, které usilují o snížení počtu nelegálních potratů, mezi takové organizace řadíme Ženy na vlnách (Women on Waves, 2015). Jedná se o neziskovou organizaci založenou nizozemskou lékařkou Rebeccou Gomperts v roce 1999 (Woman on Waves, © 2015). Organizace bojuje za práva žen na umělé přerušování těhotenství (Kučera, 2011). Organizace pomocí nizozemské lodi, která obsahuje mobilní kliniku, cestuje do zemí s restriktivním interrupčním zákonem a edukuje tamní ženy o možnostech, jak se chránit před nechtěným těhotenstvím a sexuálně přenosnými chorobami (Kučera, 2011). Dále ženám poskytují poradenství, antikoncepci a popřípadě umělé přerušování těhotenství, které je prováděno v mezinárodních vodách, kde platí zákon země, pod kterou loď spadá (Woman on Waves, © 2015). Organizace usiluje o snížení mortality a morbidit žen (Woman on Waves, © 2015). Dále se snaží podpořit lokální organizace v boji proti restriktivní potratové politice (Woman on Waves, © 2015).

Česká republika se společně s Německem, Velkou Británií, Francií, USA a dalšími státy řadí k zemím s liberální potratovou politikou (Dudová, 2012). Cílem zemí s liberální potratovou politikou je předcházet pokoutnému potratářství, umožnit ženám právo na plánované těhotenství a zpřístupnit interrupci i ženám ze slabších sociálních vrstev (Roztočil, 2011).

1.4 Metody interrupce

V současné době je využíváno několik metod umělého přerušení těhotenství (Hájek et al., 2014). Volba vhodné metody se odvíjí především od datace gravidity (Roztočil, 2011). Těhotenství datujeme od prvního dne poslední menstruace (Hájek et al., 2014). Do osmého týdne těhotenství se využívá metod medikamentózní interrupce a miniinterrupce (Gyn meda, © 2015). Od osmého do dvanáctého týdne těhotenství žena může podstoupit klasickou instrumentální interrupci (Slezáková et al., 2017). Po dvanáctém týdnu těhotenství může žena prodělat interrupci pouze ze zdravotních důvodů, za takovýchto okolností se provádí indukce větších potratů, v případě, že indukce potratu není úspěšná, je nutné přistoupit k sectio caesarea minor (Hájek et al., 2014).

V případě, že je u ženy diagnostikováno nechtěné těhotenství, si může zažádat o provedení zákroku interrupce (Gyn meda, © 2015). Před provedením zákroku se musí podrobit vyšetření u svého obvodního gynekologa (Roztočil, 2011). Obvodní gynekolog je povinen ženu informovat o metodách, průběhu, rizicích a možných trvalých následcích umělého přerušení těhotenství (Hájek et al., 2014). Následně je se ženou sepsána žádost o provedení interrupce, která obsahuje záznam o gynekologickém vyšetření, kde je uvedena datace gravidity (Roztočil, 2011). Porodní asistentka může poučit ženu o dokumentech a potřebách, které by žena měla mít připravené s sebou do zdravotnického zařízení (Slezáková et al., 2017). PA popřípadě poskytne ženě chybějící informace, zodpoví ženě její dotazy a ujistí se, že žena veškerým poskytnutým informacím porozuměla (Slezáková et al., 2017). Žena by se měla co nejdříve s potvrzenou žádostí o umělé přerušení těhotenství objednat do zdravotnického zařízení, kde chce daný zákrok podstoupit (Roztočil, 2011). Je vhodné provést zákrok co nejdříve, aby se tak minimalizoval výskyt možných komplikací (Hájek et al., 2014).

Interrupce je prováděna v režimu jednodenní chirurgie (Schneiderová, 2014). Žena se ráno před výkonem dostaví do zdravotnického zařízení lačná a s potvrzenou žádostí o umělé přerušení těhotenství (Andrésová, Slezáková, 2013). Lékař se ženou sepíše příjem a zkontroluje podepsání informovaného souhlasu ženy s daným výkonem (Příloha 3) a s provedením anestezie (Roztočil, 2011).

Pokud interrupce není realizována ze zdravotních důvodů, musí si pacientka výkon a veškeré náklady spjaté s výkonem hradit sama (MZ ČSR, 1986). Jestliže žena podstupuje umělé ukončení těhotenství ze zdravotní indikace nebo z indikace ze strany plodu, je výkon a veškeré náklady související s výkonem hrazeny zdravotní pojišťovnou (MZ ČSR, 1986).

1.4.1 Interrupce do 8. týdne gravidity

Jednou z metod, kterou lze uskutečnit nejdéle do osmého týdne těhotenství je *Medikamentózní interrupce* (Woman on Waves, © 2015). Jedná se o neinvazivní metodu (Weiss, 2010). Provádí se pomocí antiprogesteronu RU 486 (mifepriston) a prostaglandinu E1 (Fait et al., 2017). Žena ve většině případů potratí do několika hodin (Hájek et al., 2014). Potrácení je provázeno mírným krvácením s minimálním výskytem reziduí po potratu (Giri et al., 2015). Medikamentózní ukončení těhotenství, v ČR dostupné od roku 2014, je šetrnější metodou než chirurgická interrupce (Lemmers et al., 2016). Vědeckými studiemi bylo prokázáno, že medikamentózní interrupce je doprovázena nižším rizikem předčasného porodu při následujícím těhotenství než u chirurgické metody interrupce (Lemmers et al., 2016).

Miniinterrupce je výkon, který se provádí nejdéle do 8. týdne gravidity (Slezáková et al., 2017). Jedná se o semiambulantní výkon, který se provádí v krátkodobé intervenční anestezii v gynekologické poloze (Roztočil, 2011). Proveďte se dezinfekce rodidel a pochvy, do pochvy se následně zavedou gynekologická zrcadla a zafixuje se děložní hrdlo ženy pomocí amerických kleští, provede se sondáž dutiny děložní, následně se přistoupí k dilataci hrdla děložního pomocí kovových dilatátorů (Schneiderová, 2014). Dilatace hrdla je prováděna do doby, než je získán průměr alespoň o 1 mm větší, než je průměr aspirační kanyly (Hájek et al., 2014). Někdy se využívá metoda pomocí syntetického dilatátoru Dilapan S (hydrofilní tyčinka), který se alespoň čtyři hodiny před operací zavede ženě do hrdla děložního (hydrofilní tyčinka vstřebává okolní tekutinu, bobtná a rozšiřuje svůj průměr a postupně dilatuje děložní hrdlo až na požadovaný průměr) (Obrázek 3) (Pilka et al., 2017). Výhodné je tuto metodu využívat například u primipar nebo při větším těhotenství (Roztočil, 2011). Nevýhodou je poměrně vysoká cena preparátu, která tak brání častějšímu využití (Hájek et al., 2014). Přes dilatované hrdlo se zavede aspirační kanyla a s pomocí podtlaku -0,3

až $-0,5 \text{ kg/cm}^2$ se odsaje plodové vejce a decidua (Pilka et al., 2017). Následně se provede revize dutiny děložní malou tupou kyretou (Hájek et al., 2014).

1.4.2 Interrupce od 8. týdne do 12. týdne gravidity

Klasický instrumentální potrat se provádí od 8. do 12. týdne (Slezáková et al., 2017). Žena je krátkodobě hospitalizovaná a výkon se provádí v celkové anestezii (Roztočil, 2011). Přípravná fáze výkonu je téměř totožná jako u výkonu miniinterrupce, pouze u klasického instrumentálního potratu se provádí větší dilatace hrdla k úměrné velikosti plodu (Schneiderová, 2014). Po přípravné fázi je vnitřní děložní obsah odstraňován pomocí tupé kyrety (Roztočil, 2017). V některých případech u ženy, která překročila délkou těhotenství 10 týdnů a více se musí použít k odstranění větších částí plodového vejce nejen tupá kyreta, ale i potratové kleště (Hájek et al., 2014). V závěrečné fázi je potřeba pomocí vakuumspirace odsát z děložní dutiny zbytky plodového vejce, decidui a koagula (Hájek et al., 2014). Po dokončení výkonu se ženě aplikují uterotonika, pro podporu svalového tonu dělohy a ke snížení krvácení po zákroku (Fait et al., 2017). U ženy s krví Rh negativní se jako prevence Rh-izoimunizace v následném těhotenství aplikují anti-D-gamaglobulin (Pilka et al., 2017).

1.4.3 Umělé ukončení těhotenství na žádost ženy

Umělé ukončení těhotenství na žádost ženy může být provedeno nejdéle do 12. týdne těhotenství (Schneiderová, 2014). Pokud se žena rozhodne pro interrupci do 12. týdne těhotenství, nemusí v žádosti udávat důvod, proč zákrok podstupuje (Hájek et al., 2014). Žena si veškeré náklady spojené s interrupcí musí hradit sama (Roztočil, 2011). Cena umělého přerušování těhotenství se pohybuje v rozmezí 3 000–5 000 Kč, přesnou cenu zákroku si však stanovuje zdravotnické zařízení, které zákrok poskytuje.

Pokud se u ženy vyskytnou kontraindikace interrupce, nemůže zákrok podstoupit (Hájek et al., 2014). Jednou z hlavních kontraindikací interrupce je porušený zdravotní stav ženy, který podstatně zvyšuje zdravotní riziko spojené s umělým přerušováním těhotenství (zejména zánětlivá onemocnění rodidel) (Roztočil, 2011). Dále mezi kontraindikace řadíme, pokud žena podstupuje opakovaně umělé ukončení těhotenství v kratším intervalu, než je šest měsíců (MZ ČSR, 1988). Umělé ukončení těhotenství v kratším intervalu než šest měsíců lze povolit u ženy po dvou a více porodech, u ženy

starší 35 let, nebo v případě, že otěhotněla při znásilnění či jiném trestném činu (Roztočil, 2011).

1.4.4 Interrupce po 12. týdnu gravidity

Po 12. týdnu těhotenství je interrupce ze zákona umožněna pouze na základě zdravotní indikace ženy, eventuálně v případě, kdy je prokázáno těžké poškození plodu nebo plod není života schopný (MZ ČSR, 1986). Interrupce v pokročilém stádiu těhotenství s sebou přináší větší rizika, a proto je nutné v těchto případech ženu hospitalizovat (Roztočil, 2011).

Pro vypuzení plodu se využívá metoda *indukce větších potratů*. Indukce se provádí mezi 12. a 24. týdnem těhotenství (Obrázek 4) (Weiss, 2010). Během přípravné fáze se upravuje děložní hrdlo buď vaginální aplikací prostaglandinu (PG E₂), který se aplikuje ve formě gelu, nebo se podávají prostaglandiny PGF_{2α} či PG E₂ intraovulárně (Fait et al., 2017). Někdy se může hrdlo dilatovat pomocí Dilapanu S (Hájek et al., 2014). Indukce porodu se může urychlit pomocí dirupce vaku blan a následně podáním infuze s oxytocinem (Hájek et al., 2014). V některých případech po porodu plodového vejce je nutná revize dutiny děložní (Roztočil, 2011). Po ukončení zákroku se pacientce aplikují uterotonika na podporu děložního tonu (Hájek et al., 2014). U žen s krevní skupinou Rh negativní se doporučuje po výkonu aplikovat anti-D-gamaglobulin, aby se tak předešlo rozvoji Rh-izoimunizaci v následující graviditě (Roztočil, 2011).

Sectio caesarea minor je metoda, která se využívá v případě, kdy se indukce větších potratů nezdaří a těhotenství se musí ukončit operačně přes abdominální dutinu (Hájek et al. 2014). Technika secto caesarea minor je obdobná císařskému řezu (Schneiderová, 2014). Sectio caesarea minor je výkon při kterém se dělá krátký podélný mediální řez na nerozvinutém dolním děložním segmentu (Hájek et al., 2014). Tento řez není příliš příznivý pro následující těhotenství (Marešová, 2012). V případech, kdy je žena akutně ohrožena na životě, například při masivním krvácením z rodidel, je indikován jako akutní, život zachraňující výkon (Hájek et al., 2014).

1.4.5 Umělé ukončení těhotenství ze zdravotních důvodů

Lékař může indikovat ženě umělé přerušeni těhotenství při zdravotních komplikacích, které mohou ohrožovat zdravotní stav či život ženy, při vysokém riziku vrozených vývojových vad plodu, nebo pokud chybí životní funkce plodu (Hájek et al., 2014). K ukončení těhotenství musí žena dát souhlas (Marešová, 2015). Bez souhlasu ženy může lékař ukončit těhotenství pouze v případě, kdy není možné souhlas od ženy získat a přerušeni těhotenství je nezbytné pro záchranu života ženy (Hájek et al., 2014).

Veškeré indikace k ukončení těhotenství ze zdravotních důvodů jsou vypsány v příloze k vyhlášce MZ ČSR č.75/1986 Sb., která upravuje zákon ČNR č.66/1986 Sb. (MZ ČSR, 1986).

Umělé ukončení těhotenství ze zdravotní indikace můžeme rozdělit do tří časových intervalů. Tyto intervaly ohraničují různá kritéria vedoucí k ukončení těhotenství z terapeutické indikace (Roztočil, 2011).

Do dvanáctého týdne těhotenství je interrupce ze zdravotních důvodů hrazena zdravotní pojišťovnou. Seznam veškerých nemocí je zakotven v zákoně ČNR č. 66/1986 Sb. o umělém přerušeni těhotenství (Roztočil, 2011).

Do dvacátého čtvrtého týdne lze ukončit graviditu ženy především z důvodu zachyceni závažných genetických a vývojových vad plodu (Hájek et al., 2014).

Při ohrožení života ženy, nebo při zachyceni malformací plodu, které se neslučují se životem, je možné těhotenství ukončit kdykoli po dobu jeho trvání (Hájek et al 2014).

1.5 Komplikace interrupce

Jak invazivní, tak neinvazivní metoda interrupce s sebou přináší, stejně jako každý zákrok, určité množství komplikací (Hájek et al., 2014). Nehovoříme zde jen o zdravotních komplikacích, ale také o závažných psychických problémech, jež se mohou u ženy po zákroku vyskytnout a s nimiž může žena zápasit dlouhá léta po zákroku (Hájek et al., 2014). Proto je důležité klást důraz na to, aby žena před podstoupením zákroku byla důkladně poučena o možných komplikacích interrupce (Slezáková et al., 2017).

Komplikace v souvislosti s umělým přerušением těhotenství řadíme do tří skupin, a to na komplikace bezprostřední, komplikace časná a komplikace pozdní (Roztočil, 2011).

1.5.1 Bezprostřední následky interrupce

Mezi bezprostřední následky interrupce řadíme *velké krevní ztráty* (Pilka et al., 2017). Za problematickou krevní ztrátu označujeme ztrátu nad 500 ml krve ztráty (Pilka et al., 2017). Všeobecně platí, že čím je pokročilejší těhotenství, tím větší je riziko velké krevní ztráty (Hájek et al., 2014). Velké krevní ztráty se objevuje přibližně u 1 % interrupcí (Roztočil, 2011).

Mezi nejčastější poranění, která se vyskytují v souvislosti s umělým přerušением těhotenství, patří *poranění děložního hrdla* (Hájek et al., 2014). Poranění vzniká především v souvislosti s mechanickou dilatací děložního hrdla kovovými dilatátory ztráty (Pilka et al., 2017). Poranění děložního hrdla se častěji vyskytuje u žen, které ještě nikdy nerodily (Roztočil, 2011). Čím větší je potřebná mechanická dilatace děložního hrdla, tím vyšší je riziko jeho poranění (Marešová, 2014). Řadíme sem jak drobnou laceraci sliznice hrdla děložního, tak i poranění, které proniká až do svaloviny hrdla děložního (Roztočil, 2011). Velkým problémem jsou poranění, která zasahují blízko do okolí nebo přímo do vnitřní porodní branky (Pilka et al., 2017). Při takovémto poranění se zvyšuje riziko inkompetence hrdla děložního v následném těhotenství (Marešová, 2014). Veškeré oděrky a trhliny zvyšují riziko výskytu parametritidy, je vhodné při podezření nebo zachycení takového typu poranění zajistit antibiotickou léčbu (Roztočil, 2011). Větší poškození hrdla děložního je nutné okamžitě chirurgicky ošetřit (Marešová, 2014). Menší oděrky se léčí konzervativně, převážné množství z nich se hojí spontánně (Roztočil, 2017).

Kromě výše uvedených komplikací se můžeme také setkat s *perforací děložního těla* (Pilka et al., 2017). Tento typ poranění může být způsoben sondou, dilatátorem, potratovými kleštěmi, kyretou či aspirační kanylou (Marešová, 2014). Perforace děložního těla bývá nejčastěji lokalizována v oblasti děložního fundu (Roztočil, 2011). Velké perforace stěny děložní mohou ženu ohrožovat na životě, především velkou krevní ztrátou nebo rozvojem zánětlivých a septických komplikací (Kaplan, 2015). Pokud se jedná o drobné trhliny způsobené sondou, lze je ošetřit konzervativně, jedná-li

se o rozsáhlejší poranění, přistupuje se k laparoskopické revizi děložního poranění (Roztočil, 2011). Ve výjimečných případech se přistupuje k laparotomii, a to především v případech, kdy je podezření na poškození okolních orgánů, například střev (Hájek et al., 2014).

1.5.2 Časné komplikace

K časným komplikacím zařazujeme takové komplikace, které nastanou nejdéle do šesti týdnů po výkonu (Roztočil, 2011). Jedná se o selhání metody, nepoznané mimoděložní těhotenství, rezidua po interrupci či zánětlivé komplikace (Pilka et al., 2017).

Selhání metody je v dnešní době poměrně vzácný jev. Komplikace se může objevit u vrozených vývojových vad dělohy nebo při vícečetném těhotenství, kdy je odstraněn pouze jeden plod a druhý nebo více plodů je přehlédnuto (Roztočil, 2011). Vývoj druhého plodu pokračuje dál (Hájek et al., 2014). K zachycení pokračujícího těhotenství mnohdy dochází až po 12. týdnu těhotenství (Roztočil, 2011). V některých případech může nastat situace, kdy při výkonu byla provedena evakuace dutiny děložní, ale získaná tkáň je tvořena pouze deciduálně změněnou sliznicí dělohy a mimoděložní těhotenství pokračuje v dalším vývoji. V takovém případě hovoříme o *nepoznaném mimoděložním těhotenství* (Hájek et al., 2014). Aby se takovýmto komplikacím předcházelo, je získaná tkáň při výkonu posílána na histologické vyšetření (Roztočil, 2017). Pokud vybavená tkáň neobsahuje žádné choriové klky, poukazuje to na možnost mimoděložního těhotenství (Roztočil, 2017). Je proto nutné u ženy provést kontrolní ultrazvuk a dynamicky sledovat hladiny hCG (Roztočil, 2011). S touto komplikací se můžeme nejčastěji setkat při raných stádiích těhotenství (Hájek et al. 2014).

Do časných komplikací řadíme i *rezidua po interrupci*, kdy části plodového vejce byly přehlédnuty a ponechány v dutině děložní (Roztočil, 2011). Komplikace se projevuje v prvních dnech po výkonu bolestí, krvácením, také zvýšenou teplotou až horečkou (Complications from unsafe abortion annually, 2015). Mohou začít odcházet i části tkáně a placenty (Herle, 2014). Při vyšetření je zachyceno nedokonalé zavínování dělohy či pootevřené děložní hrdlo. Žena musí podstoupit revizi dutiny děložní, aby byly odstraněny opomenuté části plodového vejce (Hájek et al, 2014).

Zánětlivé obtíže patří mezi nejčastěji se vyskytující časné komplikace (Slezáková et al., 2017). Záněty se mohou u ženy projevovat zvýšenou teplotou, bolestí, pomalým zavínáním dělohy, výtokem nebo krvácením (Complications from unsafe abortion annually, 2015). Mnohdy se můžeme setkat s endometritidou či parametritidou (Hájek et al., 2014). Komplikace je diagnostikována pomocí klinických příznaků, gynekologického vyšetření a laboratorního vyšetření (Slezáková et al., 2017). Zánětlivé komplikace se léčí aplikací antibiotik (Schneiderová, 2014).

1.5.3 Pozdní komplikace

K pozdním komplikacím patří takové obtíže, které vznikají až po šesti a více týdnech od provedení výkonu. Jedná se o poruchu fertility, Rh- izoimunizaci, mateřskou mortalitu a o psychické a sexuální změny (Pilka et al., 2017).

Mezi *poruchy fertility* řadíme jak komplikaci sterility, tak i infertility (Roztočil, 2011). Riziko vzniku těchto komplikací se zvyšuje s týdnem provedení výkonu a bezprostředními a časnými komplikacemi, jako jsou například poranění děložního těla, nepoznané mimoděložní těhotenství či zánětlivé komplikace (Herle, 2014). Sekundární neplodnost může být způsobena poškozením endometria děložního těla (Hájek et al., 2014).

Rh- izoimunizace nebo Rh- inkompatibilita je zapříčiněna neshodou krve ženy a plodu, zatímco krevní skupina ženy je Rh negativní, krevní skupina plodu je Rh pozitivní (Pilka et al., 2017). Krev ženy při Rh inkompatibilitě začne tvořit protilátky proti krvi plodu, protilátky se přes placentu dostanou k plodu, kde napadnou a zničí jeho erytrocyty (Pilka et al., 2017). Rh inkompatibilita může u plodu způsobit anémii, žloutenku, poškození mozku, srdeční selhání, může vyústit až smrtí plodu (Roztočil, 2011). Aby nedošlo ke komplikacím v následujícím těhotenství, aplikuje se ženě po interrupci s krevní skupinou Rh negativní preventivně anti-D-gamaglobulín, nejdéle do 72 hodin po výkonu (Hájek et al., 2014).

Ve vyspělých státech s liberální potratovou politikou je *mateřská mortalita* poměrně vzácný jev (Roztočil, 2011). Vyšší riziko mortality žen při podstoupení interrupce je v rozvojových zemích a zemích s restriktivní politikou (Tadele, 2017). Ženy zde podstupují pokoutně provedené interrupce, mnohdy provedené nedostatečně kvalifikovanou osobou a za pomoci nevhodných nástrojů (Russo, 2014). Ženy jsou tak

ohroženy velkou krevní ztrátou, je zde vysoké riziko poranění hrdla a těla děložního, ale především je žena ohrožena sepsí (Sama, 2016).

Mezi pozdní komplikace také řadíme *psychické a sexuální změny*. Pro většinu žen je interrupce silným traumatickým zážitkem, který může silně narušit duševní zdraví ženy (Jones, 2015). Každá žena se s danou situací vyrovnává individuálně (Janáčková, 2015) Reakce na situaci je ovlivněna různými povahami žen a jejich schopnostmi vyrovnat se se stresem a náročnými životními situacemi, nebo podle aktuální situace, ve které se žena nachází (Hájek et al., 2014). Žena po umělém ukončení těhotenství může trpět snížením sexuální apetence a orgasmického prožití pohlavního styku (Jones, 2015). Psychické a sexuální změny a komplikace řadíme pod Postabortivní syndrom (PAS) (Roztočil, 2011). Postabortivní syndrom (tzv. PAS) je považován za zvláštní formu posttraumatické stresové poruchy (Diallo, Lhotná, 2015). Postabortivní syndrom se u ženy po interrupci může, ale i nemusí rozvinout (Janáčková, 2015). Větší riziko výskytu PAS je u ženy s psychickou labilitou, u dívky, která podstoupila interrupci ve velmi mladém věku, u ženy v pokročilém stádiu těhotenství, popřípadě u ženy, která podstoupila interrupci ze zdravotních důvodů nebo pokud byla k interrupci přinucena svým partnerem, rodinou nebo okolím (Pištová, 2012). PAS se může u žen manifestovat různým způsobem (Janáčková, 2015). U ženy se mohou vyskytnout deprese, úzkost, noční můry, sebepoškozování, psychotické stavy, porucha sociálního chování, poruchy příjmu potravy (anorexie, bulimie), psychosexuální poruchy, sklony k alkoholismu a drogám, sebeponižující chování (Hájek et al., 2014). PAS může někdy u ženy vyústit až pokusem o sebevraždu (Pištová, 2012).

Postabortivní syndrom se skládá z určitých fází, kterými žena postupně prochází (Diallo, Lhotná, 2015). Žena si během jednotlivých fází projde popíráním, uvědomováním si, hněvem, zlostí, odpuštěním si, smířením a úplným vyrovnáním se situací (Pištová, 2012). U ženy se nemusí projevit všechny fáze a fáze se nemusí ani objevovat postupně (Diallo, Lhotná, 2015). Vše se odvíjí od individuality ženy a jejími schopnostmi vyrovnat se s náročnou životní situací (Hnutí pro život ČR, 2007).

Porodní asistentka by měla ženu před propuštěním ze zdravotnického zařízení, nebo partnera či rodinu poučit o možném výskytu postabortivního syndromu, o jeho příznacích, popřípadě doporučit místa, kde žena po interrupci může najít podporu a pomoc a útěchu (Pištová, 2012).

1.6 Péče porodní asistentky o ženu

Žena s výkonem interrupce je přijímána převážně ambulantně, výjimečně je pacientka hospitalizovaná 2 až 3 dny na gynekologicko-porodnickém oddělení (Příloha 3) (Hájek et al., 2014). Pacientka do zdravotního zařízení přichází ráno před výkonem na lačno s žádostí o interrupci a s veškerými potřebnými interními vyšetřeními (laboratorní vyšetření krve – KO, biochemii, hemokaguace, krevní skupina + Rh faktor, vyšetření moči, vyšetření obvodního gynekologa, EKG,...), které jsou porodní asistentkou založeny do dokumentace (Schneiderová, 2014). Přijímající porodní asistentka seznámí pacientku s časovým plánem výkonu (Roztočil, 2011).

Porodní asistentka seznámí ženu s chodem oddělení a provede ji po oddělení, zavede ženu k lůžku, které je pro ni určeno, a zajistí, aby žena měla odložené veškeré šperky, kontaktní čočky, brýle, eventuálně jiné kompenzační pomůcky, odlakované nehty (Slezáková et al., 2017). Porodní asistentka poskytne ženě operační prádlo a požádá ženu, aby se převlékla (Wichsová, 2013). Porodní asistentka zajistí, aby se žena před zákrokem vymočila a znovu zopakuje ženě, aby před zákrokem nic nepila a nekonzumovala žádné potraviny, a odpoví pacientce na případné dotazy (Marešová, 2014).

Bezprostředně před odjezdem na zákrok porodní asistentka znovu překontroluje identifikaci ženy a podá ženě premedikaci dle ordinace lékaře (Marešová, 2014). Po dokončení zákroku porodní asistentka převezme ženu z operačního sálu (Wichsová, 2013). Porodní asistentka uvede ženu do polohy na zádech, v případě, že si žena stěžuje na nauzeu, porodní asistentka umožní ženě polohu na boku (Andrésová, Slezáková, 2013). Po dobu, kdy žena přichází k plnému vědomí, porodní asistentka zajistí klid na lůžku, přibližně 2 až 3 hodiny po zákroku monitoruje životní funkce ženy, například pulz, krevní tlak (Slezáková et al., 2017). Dále porodní asistentka pravidelně monitoruje saturaci kyslíku, krvácení po výkonu a tělesnou teplotu, popřípadě poranění, které během výkonu vzniklo (Schneiderová, 2014). Podává medikaci dle ordinace lékaře, například léky na tlumení bolesti (Wendsche et al., 2012). Žena poprvé po výkonu vstává pouze za pomoci porodní asistentky, aby se eventuálně zabránilo pádu a zranění pacientky (Slezáková et al., 2017). Porodní asistentka informuje pacientku o možnosti

využití pomůcek při krvácení a o hygieně genitálu po zákroku (Andrésová, Slezáková, 2013).

Žena je před propuštěním vyšetřena lékařem, který zhodnotí, zda je její stav stabilní a umožňuje propuštění ženy domů (Roztočil, 2011).

1.7 Legislativa interrupce v České republice

V České republice problematiku interrupce upravuje zákon ČNR č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství, a k němu vydaná prováděcí vyhláška MZ ČSR č.75/1986Sb., (Mach et al., 2013). Zákon ČNR č. 66/1986 Sb. nebyl od svého vyhlášení ani jednou novelizován (Mach et al., 2013). Zákon ČNR č. 66/1986 Sb. určuje podmínky pro provedení umělého ukončení těhotenství s ohledem na ochranu zdraví a život ženy (MZ ČSR, 1986). Snaží se předejít nechtěnému těhotenství využitím veškerých prostředků určených k zabránění těhotenství a včasnou výchovou k plánovanému rodičovství, které by mělo být zajištěno rodinou, školou, popřípadě vhodným zdravotnickým zařízením (MZ ČSR, 1986). Medikamentózní prostředky k zabránění otěhotnění jsou dle zákona dostupné pouze na lékařský předpis (Roztočil, 2011).

Interrupce je dle zákona provedena pouze na písemnou žádost ženy, a to nejdéle do 12. týdne těhotenství (Hájek et al., 2014). U ženy se však nesmí vyskytnout žádný zdravotní důvod, který by výrazně zvyšoval riziko výskytu komplikací interrupce, především zánětlivé onemocnění, nebo v případě, že žena již podstoupila interrupci od níž neuplynulo šest měsíců (Mach et al., 2013). Žena může podstoupit umělé přerušení těhotenství do 24. týdne těhotenství ze zdravotních důvodů, při ohrožení života ženy a z důvodu patologického vývoje plodu (MZ ČSR, 1986).

Dívka mladší 16. let může podstoupit interrupci pouze se souhlasem zákonného zástupce (MZ ČSR, 1986). Dívka, ve věku od 16 do 18 let může podstoupit interrupci bez souhlasu zákonného zástupce, ale zdravotnické zařízení musí následně zákonného zástupce o provedeném zákroku informovat (Roztočil, 2011). Interrupce není zpřístupněna ženám, které se v České republice zdržují přechodně (Roztočil, 2011).

Lékař je ze zákona povinen před výkonem edukovat ženu o metodách a možných zdravotních dopadech interrupce a následných možnostech využití antikoncepčních prostředků (Mach et al., 2013).

Zdravotní zařízení jsou ze zákona povinna hlásit umělá přerušování těhotenství do pátého dne každého měsíce Ústavu zdravotnických informací a statistik ČR (Roztočil, 2011).

1.8 Etická problematika interrupce

Interrupce je zařazována mezi nejdiskutovanější etické problémy 21. století (Roztočil, 2011).

Hlavním a nejvíce diskutovaným problémem interrupce je usmrcení lidského života, tedy plodu (Polák, 2013). „Kdy se vlastně plod stává člověkem?“ je jednou z nejvýznamnějších otázek etické problematiky interrupce (Alcorn, 2011). Na tuto otázku neexistuje jednotná odpověď (Ondriová, Slaninková, 2012). Jsou lidé, kteří zastávají názor, že plod se stává člověkem ve chvíli, kdy dochází ke splynutí pohlavních buněk (Alcorn, 2011). Někteří lidé považují plod za lidskou bytost od chvíle, kdy je plod schopen přežít mimo tělo matky (Polák, 2013). Jiní zastávají názor, že plod se stává člověkem teprve tehdy, když je porozen (Ondriová, Slaninková, 2012). Čí práva tedy omezujeme? (Polák, 2013). Pokud umožníme interrupci, odepíráme tak plodu/lidské bytosti právo na život (Alcorn, 2011)? Když ženě neumožníme podstoupit interrupci, omezujeme tak její lidská práva (Polák, 2013)?

Na základě těchto rozdílných názorů vznikla dvě hnutí (Polák, 2013). Mezi tato dvě hnutí řadíme Hnutí pro-life neboli protipotratové hnutí, které se začalo formovat ve druhé polovině 20. století (Ondriová, Slaninková, 2012). Shromažďuje lidi, kteří zastávají názor, že plod se stává člověkem již ve chvíli, kdy dochází ke splynutí dvou pohlavních buněk, jsou to převážně lidé, kteří jsou nábožensky založeni a považují život za nedotknutelný a posvátný (Ondriová, Slaninková, 2012). Hnutí pro-life bojuje za práva plodu na život, za zakázání interrupcí a využívání embryonálních kmenových buněk k výzkumu (Obrázek 5) (Alcorn, 2011). K prosazování svých názorů využívají protestní a nátlakové akce, vzdělávací akce, programy zaměřené na poskytování pomoci a podpory matkám v tísní, či politický lobbying (Polák, 2013). Dnes existuje po celém

světě mnoho organizací, které zastávají myšlenky hnutí pro-life (Alcorn, 2011). Mezi nejznámější můžeme zařadit Human Life International, International Right to Life Federation, mezi nejvýznamnější české organizace zastávající hnutí pro-life patří Hnutí pro život ČR (Polák, 2013).

Druhým hnutím, které zaujímá opačný názor, je Hnutí pro-choice, které bojuje za právo ženy se svobodně rozhodnout, zda interrupci podstoupí (Ondriová, Slaninková 2012). Hnutí zastává názor, že plod je částí mateřského těla do té doby, než je schopen přežít mimo tělo matky (Alcorn, 2011). Hlavním argumentem Hnutí pro-choice je ten, že i když bude interrupce zakázána, nepovede to ke snížení počtu interrupcí, jen se zvýší počet nelegálních interrupcí, které budou prováděny potají, často v nevhodném prostředí a nedostatečně vzdělanými osobami, což bude mít za následek nárůst mortality a morbidity žen (Polák, 2013).

Mezi další problematiku otázky v oblasti interrupce patří role partnera/otce dítěte. Je žena vůbec povinna partnerovi sdělit, že je těhotná a chce podstoupit interrupci (Ondriová, Slaninková, 2012)? Převážně vždy v souvislosti s interrupcí hovoříme pouze o životě ženy a jak těhotenství a interrupce její život ovlivní, ale málokdy se hovoří o tom, jaký dopad má těhotenství ženy a následná interrupce na život muže (Ondriová, Slaninková, 2012). Měl by mít muž ze zákona právo podílet se na rozhodnutí, zda žena může či nemůže podstoupit interrupci, nebo muž nemá vůbec právo zasahovat do rozhodnutí ženy, přeci jen těhotenství musí svůj životní styl přizpůsobit především žena a právě žena může být i v krajních případech těhotenstvím ohrožována na životě (Ondriová, Slaninková, 2012).

Etická problematika interrupce vyvolává mnoho dalších problematiku otázek, které s velkou pravděpodobností nebudou nikdy zodpovězeny (Alcorn, 2011). Lidé se pravděpodobně nikdy neshodnou na jednotlivém názoru na interrupci a její problematiku (Polák, 2013).

2 Cíle práce, výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit, jak ženy nahlíží na problematiku interrupce.

Cíl 2: Zjistit názory porodních asistentek na problematiku interrupce.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1:

Jak nahlíží ženy na problematiku interrupce?

Výzkumné otázky 2:

Jaké názory zastávají porodní asistentky ohledně problematiky interrupce.

2.3 Operacionalizace pojmů

V podkapitole Operacionalizace pojmů jsou definovány základní použité pojmy pro upřesnění cílů a výzkumných otázek.

Antikoncepce – Ochrana proti početí pomocí mechanických, chemických nebo hormonálních přípravků a antikoncepčních metod (Pilka et al., 2017).

Edukace – Lze ji také chápat jako proces učení, díky kterému lze ovlivňovat chování a jednání jedince v pozitivním slova smyslu a slouží k zlepšení či k vytvoření nových vědomostí, postojů, návyků a dovedností (Juřeníková, 2010).

Interrupce – Interrupce neboli umělé přerušování těhotenství (UUT) je výkon umožňující plánované ukončení těhotenství pomocí chirurgického zákroku nebo prostřednictvím medikamentů, takzvaných potratových pilulek (Roztočil, 2017).

Miniinterrupce je výkon, který se provádí nejdéle do 8. týdne gravidity (Příloha 3) (Gyn meda, © 2015). Jedná se o semiambulantní výkon, který se provádí v krátkodobé intervenční anestezii v gynekologické poloze (Roztočil, 2011).

Porodní asistentka je zodpovědný zdravotnický pracovník, který má ukončené potřebné vysokoškolské vzdělání se zaměřením na práci se ženami v období těhotenství, porodu a šestinedělí, má kvalifikaci pro vedení porodu, pro péči o novorozence a děti v kojeneckém věku (Slezáková et al., 2017).

3 Metodika

3.1 Použitá metodika

Pro zpracování výzkumné části bakalářské práce s názvem „Interrupce a její následky“ bylo využito kvalitativní výzkumné šetření. Jako metoda sběru dat byl vybrán polostrukturovaný individuální rozhovor. Tato technika byla vybrána proto aby měly respondentky dostatek času a možnost svými slovy vyjádřit názor na danou problematiku. Pro rozhovory se ženami bylo sestaveno celkem patnáct otevřených otázek (Příloha 4). Prostřednictvím prvních čtyř otázek byly zjišťovány základní identifikační údaje ženy. Následných jedenáct otázek se zaměřovalo na informovanost žen na téma interrupce a její následky a na názor žen na etickou problematiku interrupce. Pro rozhovor s porodními asistentkami bylo sestaveno celkem třináct otevřených otázek (Příloha 5). Prostřednictvím prvních třech otázek byly zjišťovány základní identifikační údaje porodních asistentek. Následných jedenáct otázek se zabývalo problematikou interrupce. Otázky byly cíleny na informovanost žen na téma interrupce a její následky, na edukaci žen na dané téma, na ošetrovatelskou péči porodních asistentek o ženu při interrupci a na názory porodních asistentek na interrupci a její dopady na život žen. V průběhu rozhovorů byly předem určené otázky doplňovány přímým dotazováním žen a porodních asistentek.

Rozhovory se ženami byly provedeny v měsících duben a květen v roce 2017 v domácím prostředí respondentek. Rozhovory s porodními asistentkami probíhaly v měsících duben, květen a červen roku 2017 ve vybraných gynekologických ambulancích v Jihočeském kraji. Před uskutečněním rozhovorů byli gynekologové, dotazované porodní asistentky a ženy seznámeny s tématem bakalářské práce, s výzkumnými cíli a otázkami. Na základě ujištění o zachování anonymity byly podepsány Žádosti o souhlas ke spolupráci (Příloha 6 – 7). Pro zachování anonymity byly respondentky označeny Ž1 – Ž8 a PA1 – PA5. Všechny respondentky také předem souhlasily se zaznamenáváním rozhovorů na diktafon. Veškeré rozhovory s respondentkami byly přepracovány do tištěné formy. Následně byly pomocí metody barvení textu analyzovány (Švaříček, Šedřová, 2014). Na základě pořizovaných rozhovorů a jejich analýz byly stanoveny hlavní výzkumné kategorie a podkategorie.

3.2 *Charakteristika výzkumného souboru*

Výzkumný soubor tvořilo 8 žen ve věku 20–35 let žijících v Jihočeském kraji. Hlavním kritériem při výběru žen byla ochota k zodpovězení otázek a souhlas se zaznamenáváním rozhovoru na diktafon. Dále výzkumný soubor tvořilo pět porodních asistentek z vybraných gynekologických ambulancí v Jihočeském kraji. Kritéria výběru porodních asistentek byla ochota k zodpovězení otázek a souhlas se zaznamenáváním rozhovoru na diktafon.

4 Výsledky výzkumu

4.1 Rozhovory se ženami

Rozhovory byly vedeny se ženami ve věku 20–35 let s aktivním sexuálním životem, v domácím prostředí žen.

V Tabulce číslo 1 jsou uvedeny základní identifikační údaje respondentek. Mezi základní identifikační údaje je zařazen věk, rodinný stav, nejvyšší dosažené vzdělání a zaměstnání žen.

Tabulka 1 Základní identifikační údaje žen

Žena	Věk	Rodinný stav	Nejvyšší dosažené vzdělání	Zaměstnání
Ž1	22	svobodná	SOV s maturitou	studentka
Ž2	24	svobodná	Vysokoškolské - Bc.	studentka
Ž3	27	vdaná	Vysokoškolské - Ing.	manager
Ž4	30	rozvedená	SOV s maturitou	fotografka
Ž5	20	svobodná	SOV s maturitou	kosmetička
Ž6	33	vdaná	SOV bez maturity	dělnice
Ž7	29	vdaná	Vysokoškolské - Ing.	účetní
Ž8	35	vdaná	Vysokoškolské - Mgr.	Učitelka pro 2. stupeň ZŠ

(Ž = žena, SOV= střední odborné vzdělání, Bc.= bakalář, Mgr.= magistr, Ing.= inženýr, ZŠ = základní škola)

Zdroj: vlastní

Z Tabulky 1 vyplývá, že věk respondentek se pohyboval v rozmezí od 20 do 35 let. Rodinný stav, nejvyšší dosažené vzdělání a zaměstnání žen se lišilo.

Ženě Ž1 bylo 22 let, byla svobodná, žila sama. Žena dosáhla středního odborného vzdělání v oboru zdravotní laborant a dále pokračovala ve studiu bakalářského programu na vysoké škole.

Ženě Ž2 bylo 24 let, svou domácnost sdílela s partnerem již 3 roky. Žena dosáhla bakalářského vysokoškolského titulu a dále pokračovala ve studiu navazujícího magisterského programu v oboru pedagogika.

Ženě Ž3 bylo 27 let. Žena byla vdaná, svou domácnost sdílela s manželem a svou dcerou. Ž3 dosáhla inženýrského vysokoškolského titulu a pracovala jako obchodní manager v soukromé firmě zaměřené na cestovní ruch.

Ženě Ž4 bylo 30 let. Žena byla rozvedená, ale svou domácnost již sdílí s novým partnerem a se svými dvěma dětmi. Dosáhla středního odborného vzdělání s maturitou a pracovala jako fotografka.

Ženě Ž5 bylo 20 let, byla svobodná a žila sama. Dosáhla středního odborného vzdělání s maturitou a pracovala jako kosmetička.

Ženě Ž6 bylo 33 let. Žena byla vdaná, zatím bezdětná. Žena dosáhla středního odborného vzdělání bez maturity a pracovala jako dělnice v továrně.

Ženě Ž7 bylo 29 let. Žena byla vdaná, svou domácnost sdílela s manželem a synem. Žena dosáhla inženýrského vysokoškolského titulu, pracovala jako účetní, ale v době rozhovoru byla na mateřské dovolené.

Ženě Ž8 bylo 35 let. Žena byla vdaná, svou domácnost sdílela s manželem a třemi dětmi. Žena dosáhla magisterského vysokoškolského titulu a pracovala jako pedagogický pracovník na základní škole.

Na podkladě tvrzení respondentek byla zpracovaná data z rozhovorů analyzována a rozřazena do hlavních kategorií a podkategorií, které jsou zaznamenány v Tabulce 2. Byly stanoveny tři hlavní kategorie a sedm podkategorií. První kategorie se zabývá základními znalostmi žen v oblasti interrupce a její problematiky. V následujících dvou kategoriích jsou rozebrány názory žen na edukaci a etickou problematiku interrupce. Zpracovaná data, získaná z rozhovorů, jsou rozšířena o přímé citace výpovědí žen, které jsou v textu odlišeny pomocí kurzívy.

Tabulka 2 Hlavní kategorie a podkategorie

KATEGORIE	PODKATEGORIE
Znalosti žen	Interrupce a její komplikace Metoda plánování rodičovství
Edukace	Informovanost žen Získávání informací
Etická problematika interrupce	Začátek života Právo partnera Postoj žen

Zdroj: vlastní

Kategorie Znalosti žen

Kategorie Znalosti žen se zabývala otázkami, které byly zaměřeny na vědomosti žen o interrupci a její problematice. Ženy zde vyjadřovaly, co si vůbec pod pojmem interrupce představují a jak by interrupci definovaly. Respondentky se pokusily vyjmenovat komplikace, které mohou po interrupci nastat a kterým přikládají velký význam. Dále zde ženy hovořily o možnostech, jak předejít nechtěnému těhotenství, a tak i možné následné interrupci. Respondentky zde také vyjadřovaly svůj názor na edukaci mladých dívek a žen o interrupci, její problematice a metodách plánovaného rodičovství.

Kategorie Znalosti žen je rozčleněna do dvou podkategorií: Interrupce a její problematika a Metoda plánování rodičovství

Podkategorie Interrupce a její komplikace

Podkategorie Interrupce a její komplikace se zabývala výsledky výzkumného šetření v oblasti znalostí žen o interrupci a její problematice. Ženy byly dotazovány na to, co si vůbec představují pod pojmem interrupce a jak by interrupci definovaly, jaké metody interrupce jsou pro ně známé. Dále ženy hovořily o komplikacích, které mohou interrupci doprovázet.

Na otázku, co si představují pod pojmem interrupce, odpovídaly respondentky velice podobným způsobem. Ženy Ž1–Ž5, Ž7 uváděly, že se jedná o umělé přerušování těhotenství, je to termín, který je všeobecně rozšířený a se kterým se respondentky setkávaly nejčastěji. Respondentky pojem umělé přerušování těhotenství slyšely především ve škole na hodinách rodinné výchovy či na edukačních přednáškách, kterých se musely v rámci vyučování zúčastnit. Žena Ž2 uvedla: *„Když se řekne pojem interrupce, hned mi v hlavě vyskočí umělé přerušování těhotenství, které je provedeno lékařem na přání ženy.“* Respondentka Ž7 také vypověděla: *„Jedná se o umělé přerušování těhotenství. Podle mých slov je to ukončení lidského života na jeho raném počátku.“* Žena Ž7 dále vypověděla, že interrupci lze uskutečnit invazivní metodou, přesněji prostřednictvím operačního zákroku, nebo neinvazivní metodou za pomoci medikamentů. Žena Ž3 hovořila i o časovém omezení výkonu interrupce, kdy vypověděla, že v ČR může žena podstoupit interrupci nejdéle do 12. týdne těhotenství nebo ze zdravotních důvodů i po 12. týdnu těhotenství. Zatímco respondentky Ž6 a Ž8 si pod pojmem interrupce představovaly kruté usmrcení lidské bytosti, jak vypověděla respondentka Ž8: *„Pro mne pojem interrupce představuje kruté zabití či zavraždění lidské bytosti, stejně jako jsem já či vy. Bytosti, které jsme upřeli její právo na život.“* Respondentky Ž6 a Ž8 uváděly, že jejich pohled na interrupci se pravděpodobně liší od názorů většiny žen díky tomu, že byly obě vychovány ve věřících rodinách a že i nadále vyznávají křesťanskou víru.

Ženy dále rozmlouvaly o různých metodách interrupce. Sedm respondentek (Ž2, Ž3, Ž4, Ž5, Ž6, Ž7, Ž8) uvádělo pouze dvě chirurgické metody interrupce, a to miniinterrupci a klasickou interrupci. Respondentka Ž4 uvádí: *„Já znám asi jen dvě metody interrupce. Jako první bych asi uvedla miniinterrupci, která se může provést nejdéle do 8. týdne těhotenství a jako druhou znám klasickou interrupci, kterou lze provést do 12. týdne těhotenství.“* Pouze respondentka Ž1 hovořila nejen o chirurgických

metodách interrupce, ale i o možnosti využití farmakologické cesty. Respondentka Ž1 v rozhovoru vypověděla: *„Doslechla jsem se o interrupci pomocí potratové pilulky, kterou stejně jako u miniinterrupce lze provést nejdéle do 8. týdne těhotenství. Je fakt, že o tomto způsobu jsem slyšela i dřív, ale dlouho jsem si myslela, že v ČR není tato metoda možná. O potratové pilulce jsem se znovu doslechla nedávno, a to jen díky tomu, že tuto metodu bohužel musela využít má kamarádka, jinak bych nevěděla, že už je dostupná i v ČR.“* Žena Ž1 dále hovoří o tom, že je pravděpodobně dobře, že farmakologická metoda interrupce není příliš veřejnosti známá, protože pak by mohla nastat chvíle, kdy by ženy začaly tuto možnost pravidelně zneužívat jako antikoncepci.

Respondentky následně uváděly možné komplikace, které mohou nastat v důsledku podstoupení interrupce. Všech osm respondentek Ž1–Ž8 uvedly, že u žen, které podstoupily interrupci, se může objevit zánět dělohy, srůsty na děloze, krvácení z pohlavních orgánů. Respondentka Ž6 uvedla: *„Myslím si, že interrupci doprovází mnoho komplikací, i když dnes již pokročilá technika výskyt těchto komplikací minimalizuje, stále se mohou u žen, které interrupci podstoupily, objevit. Pro mě nejznámější je sterilita žen. Myslím si, že sterilita je způsobena srůsty na děloze či záněty dělohy, které mohly u ženy po zákroku vzniknout.“* Pouze respondentky Ž3, Ž5 poukazovaly, jak vážným způsobem může interrupce negativně ovlivnit a narušit psychiku ženy. Dokonce žena Ž3 považuje porušenou psychiku za jednu z nejzávažnějších komplikací interrupce, protože ani díky novým a šetrnějším metodám riziko výskytu psychických obtíží nemůžeme minimalizovat. Žena Ž3 dále vypověděla: *„Psychickou reakci ženy na interrupci lze jen těžko odhadnout. Reakce na interrupci se také nemusí projevit následně po zákroku, ale může se objevit po týdnech, měsících, v některých případech i po letech. Navíc se o téhle komplikaci příliš nemluví a ženy na to tak mnohdy nemusí být připravené.“* Respondentka Ž5 dále uvádí případné způsoby, jak se může narušená psychika ženy manifestovat do běžného života: *„U žen po zákroku se mohou objevit silné výčitky svědomí, odpor k pohlavnímu styku či odpor a nenávisť k sobě samé, v některých případech se může žena pokusit i o sebevraždu.“*

Respondentky Ž3 a Ž5 sdělily, že by bylo vhodné, aby ve zdravotnických zařízeních, kde se interrupce provádí, buď ženám doporučit návštěvu psychologa, nebo přímo tuto možnost za určitý finanční obnos ženám přímo poskytovat.

Respondentky dále vyjadřovaly svůj názor, zda ženy disponují základními informacemi o interrupci a její problematice. Respondentky Ž1–Ž7 zastávaly názor, že většina mladých žen a dívek díky snadnému a rychlému přístupu k informacím zná alespoň základní informace o interrupci a její problematice. Respondentka Ž4 v rozhovoru uvedla: *„Řekla bych, že většina žen dnes disponuje základními znalostmi o interrupci díky tomu, že interrupce je poměrně často diskutované téma. Navíc informace o interrupci jsou poměrně snadno přístupné, jen když toto slovo zadáte do vyhledávače, tak vám vyjede nepřehledné množství odkazů. Takže podle mě vám téměř každá žena bez problémů řekne, co je interrupce, od kdy do kdy se dělá a i její rizika vám bude schopná říct.“* Pouze respondentka Ž8 zastává názor, že většina žen nedisponuje dostatečnými informacemi o interrupci, jak v rozhovoru sdělila: *„Základní znalosti mají podle mne jen ženy, které se o toto téma více zajímají, nebo ženy, které interrupci podstoupily nebo když interrupci zvažovaly.“*

Podkategorie Metoda plánování rodičovství

Podkategorie Metoda plánování rodičovství se zabývala výsledky výzkumného šetření v oblasti možností, jak předcházet nechtěnému těhotenství, a tak i do budoucna předcházet interrupci a komplikacím, které ji provázejí. Respondentky odpovídaly na otázku, jaké znají metody ochrany před nechtěným těhotenstvím a zda využívají některou z těchto metod. Respondentky Ž1–Ž6 udávaly, že pro ně nejznámější metoda, jak se chránit před nechtěným těhotenstvím a kterou sami užívají, je hormonální antikoncepce.

Respondentka Ž1 říká: *„Pro většinu lidí, včetně mě, je nejznámější prezervativ a hormonální antikoncepce ve formě pilulek. Já sama ji užívám už asi 6 let a jsem s ní nadmíru spokojená, Co se týká prezervativu, tak jsem vždy ráda, když ho partner má, ale ohledně této ochrany jsem vždy spoléhala na partnera, takže prezervativ jen tak v peněžence nenosím.“* Respondentka Ž7 hovořila nejen o prezervativu a hormonální antikoncepci ve formě pilulek, ale i o pesaru, hormonálním kroužku, tělísku či hormonální antikoncepci ve formě injekcí. O těchto metodách hovořila i žena Ž3: *„Mezi nejrozšířenější a nejdostupnější bych zařadila mužský a ženský kondom či hormonální antikoncepci, kterou je možné podávat v nejrůznější formě, jako jsou pilulky, injekce či hormonální kroužky nebo nejrůznější tělíska. Mezi méně spolehlivou*

metodu bych zařadila například přerušovanou soulož.“ Respondentka Ž8 v rozhovoru zdůrazňuje abstinenci pohlavního styku, která je podle ní nejspolehlivější a nejlacinější metoda, která nejen zabráni nechtěnému těhotenství, ale ochrání ženu i před nežádoucími, pohlavním stykem přenášenými nemocemi. Žena Ž8 uvedla: *„Díky této metodě, na rozdíl od mých spolužaček, jsem mohla pokračovat ve studiu a neskončit jen s maturitou či výučním listem. Navíc to byl pro mě neuvěřitelný zážitek mít první pohlavní styk s manželem během svatební noci.*“ Respondentka Ž2 také udávala metodu přerušované soulože, i když tuto metodu sama považovala za velice zastaralou a nespolehlivou. Všechny respondentky Ž1–Ž8 zaujímaly názor, že většina žen ví, jak se před nechtěným těhotenstvím, a tak i před interrupcí chránit. Respondentka Ž3 sdělila: *„Vždyť prezervativ máte dostupný v téměř každém obchodě, do kterého dnes vstoupíte. Navíc si myslím, že většina žen, co mají aktivní sexuální život a zatím nemají zájem o rodinu, jednu z mnoha metod antikoncepce využívají.*“

Kategorie Edukace

Kategorie edukace byla cílena na názory žen v oblasti informovanosti dívek a mladých žen na téma interrupce. Kde by podle respondentek měly ženy hledat objektivní informace a kdy by se mělo začít s edukací mladých dívek na toto téma a zda jsou ženy podle respondentek edukované. Kategorie je rozdělena do dvou podkategorií, a to na podkategorii Informovanost žen a podkategorii Získávání informací.

Podkategorie Informovanost žen

Respondentky v této podkategorii vyjadřovaly svoje názory na informovanost žen v oblasti interrupce a její problematiky. Ženy také rozebíraly, kdy je vhodné začít s edukací dívek na téma interrupce.

Respondentky Ž1–Ž3 a Ž5–Ž7 zastávaly názor, že jsou ženy dostatečně informované na téma interrupce, především díky vymoženosti internetu, který představuje snadný a rychlý zdroj potřebných informací, jak sdělila respondentka Ž2: *„Podle mého názoru jsou dnešní ženy dobře informované o interrupci a jejích komplikacích. Interrupce je široce rozšířené téma, o kterém slycháme a diskutujeme již od základní školy, kde se na toto téma pořádalo již několik přednášek či besed*

s gynekologem. Navíc díky internetu má každá žena po ruce zdroj minimálně základních informací.“ Stejný postoj zaujímala i respondentka Ž5, která v rozhovoru uvedla, že dnes má téměř každé dítě v mobilním telefonu přístup na internet, kde jsou veškeré informace snadno dostupné, jen je potřeba, aby si žena uměla zvolit vhodné zdroje, ze kterých může informace čerpat.

Pouze respondentky Ž4 a Ž8 zastávaly názor, že ženy ještě stále nejsou dostatečně informované, především v problematice interrupce. Respondentka Ž4 řekla: „Ano, ženy možná dokážou bez problémů říct základní definici interrupce a jaké druhy interrupce jsou dostupné, ale myslím si, že mnoho žen si pod mnoha termíny, které popisují komplikace, nedokáže představit a pochopit závažnost dané komplikace.“ Respondentka Ž8 vypověděla, že základní informace dostatečně nepoukazují na závažnost možných komplikací a problémů, které interrupce s sebou přináší, a proto by se nemělo polevovat v edukaci dívek a spoléhat se jen na rychlé a snadno dostupné informace z internetu.

Respondentky dále ve výzkumném šetření poukazyvaly na to, kdy je vhodné začít s edukací dívek na téma interrupce a její komplikace. Všechny respondentky Ž1 až Ž8 sdělily, že začít s edukací na toto téma je vhodné co nejdříve, ale především začít klást důraz ve chvíli, kdy dívka dosáhne pohlavní zralosti, jak uváděla respondentka Ž8: „Já sama jsem nedávno musela se svou dcerou i na toto téma hovořit. Je jí 13 let a už se mě chodí na tyto věci sama vyptávat. Ve škole už měli první besedu s gynekoložkou na téma pohlavní styk a jak se chránit, také hovořili o možných následcích nechráněného styku, takže díky tomu ani mne tento rozhovor neminul a doufám, že jsem jí poskytla trochu jiný pohled na interrupci, než má asi většina žen. Jsem ráda, že je má dcera informovaná i ode mne a ví, že za mnou může kdykoliv přijít.“

Podkategorie Získávání informací

V této podkategorii výzkumného šetření respondentky odpovídaly na otázku, kde mohou ženy získávat informace o interrupci a její problematice. Kdy všechny respondentky Ž1 a Ž8 uvedly, že pro čerpání základních informací ženě postačí internet, ale pro lepší a kvalitnější informace by si spíše šly ke svému obvodnímu gynekologovi nebo by se zeptaly i porodní asistentky či zdravotní sestry, pracující v ordinaci gynekologa, jak uvedla respondentka Ž5: „Kdybych chtěla znát více kvalitních informací o interrupci, tak bych se asi na internet už tolik nespolehala a zeptala bych se

svého gynekologa nebo porodní asistentky či sestřičky, která pracuje v jeho ordinaci, je milá, tak by mi asi nevadilo na tohle téma mluvit.“

Respondentky Ž4, Ž6 a Ž8 dále zdůrazňovaly jako zdroj informací školu, která by měla dívkám zajišťovat přednášky a besedy na téma nechtěné těhotenství a jeho možné důsledky. Respondentka Ž6 vypověděla: *„I škola by se měla podílet na předávání takovýchto informací jak ve formě rodinné a sexuální výchovy, tak i formou odborných přednášek.“* Pouze respondentka Ž8 udala jako zdroj informací rodiče, především tedy matku: *„Myslím si, že je důležité aby tohle téma s dcerou probrala i matka, přeci jen může dceři poskytnout jiný náhled na problematiku, žena nemůže jen spoléhat na školu, že dceři informace zajistí, musí spoléhat především sama na sebe.“*

Kategorie Etická problematika interrupce

V kategorii Etická problematika interrupce se výzkumné šetření zabývá pohledem žen na etickou problematiku interrupce. Kategorie je rozčleněna do tří podkategorií: Začátek života, Právo partnera a Postoj ženy.

Podkategorie Začátek života

V této podkategorii výzkumného šetření respondentky odpovídaly na otázky, jakým způsobem nahlíží na problematiku interrupce, kdy se podle nich plod stává člověkem nebo zda se přiklání k hnutí pro-choice nebo pro-life.

Na otázku, jakým způsobem nahlíží na etickou problematiku interrupce, respondentky odpovídaly v obdobném stylu. Respondentky Ž1–Ž8 považovaly interrupci za jeden z největších etických problémů současnosti a poukazovaly na to, že díky rozdílnosti každého z nás zřejmě nikdy nebude utvořen jediný názor, se kterým by všichni lidé byli ochotní souhlasit. Respondentka Ž1 sdělila: *„Interrupce je etický problém gigantických rozměrů, který nás bude provázet do té doby, kdy interrupce bude stále používána. A šance, že by někdy lidé na tento problém nahlíželi všichni stejně, je díky naší individualitě nulová. Pochybuji, že i váš názor na tento problém je identický jako ten, co zastávám já.“* Respondentka Ž6 sdělila, že pro ni samotnou je interrupce velký etický problém především díky prostředí, ve kterém vyrůstala: *„Má rodina*

je věřící, i já sama jsem věřící a celý život jsem byla vychovávána v názoru, že interrupce je vražda. Na druhou stranu, okolí mých kamarádek tvrdí, že žena má právo se rozhodnout sama za sebe. Tyto dva názory se ve mně vždy praly, ale spíše se přikláním k názoru, ve kterém jsem byla vychována. Na druhou stranu ani nemohu odsoudit ženu, která se pro interrupci rozhodla, protože nikdy nemohu vědět, jaké vážné důvody mohly ženu k tomuto rozhodnutí dohnat.“

Respondentky dále v rozhovoru odpovídaly na otázku, kdy se podle nich stává plod živou bytostí. Respondentky Ž1, Ž2, Ž3 a Ž5 se přiklonily k názoru, že plod se stává živou bytostí v momentě, kdy se narodí a je schopen přežít mimo tělo matky. Ž2 tvrdí: *„Pro mě se plod stává dítětem až po porodu, ve chvíli, kdy je schopen přežít mimo tělo ženy. V tomto názoru mě utvrdilo mé těhotenství, které bohužel skončilo samovolným potratem v 11. týdnu těhotenství. Myšlenka, že to byl pouze plod a zatím neživé dítě, mi pomohla tuto hrůzu přežít.“* Zatímco respondentka Ž7 zastávala názor, že plod se stává živou bytostí ve chvíli, kdy je schopen reagovat na podněty pohybem: *„Pro mě se stal plod živým člověkem až ve chvíli, kdy jsem ucítila jeho první pohyb, první kopnutí. To byl to pro mě hmatatelný důkaz, že ve mně roste živá bytost. Od toho okamžiku jsem přestala vnímat plod jako TO, od toho okamžiku to byl můj malý živý človíček.“*

Pro respondentky Ž6 a Ž8 byl plod živou bytostí již od počátku těhotenství, od chvíle, kdy dojde ke splynutí pohlavních buněk. Respondentka Ž6 sdělila: *„Pro mě život začíná ve chvíli jeho vzniku. Od chvíle, kdy žena zjistí, že je těhotná. To, co v ženě postupně roste a vyvíjí se, je živá bytost, boží dar, který je nutno opečovávat a ochraňovat od jeho počátku po jeho konec.“* Respondentka Ž8 během rozhovoru uvedla, že žádný člověk nemá právo usmrtit jinou živou bytost, ani takovou bytost, která zatím není schopna přežít mimo tělesnou schránku matky. Žádná žena nemá právo postavit svá práva před práva nenarozeného dítěte.

Prostřednictvím rozhovoru bylo zjištěno, že respondentky Ž1 až Ž5 se přiklání k hnutí pro-choice. Respondentka Ž5 v rozhovoru uvedla: *„Já se spíše přikláním k hnutí pro-choice. Myslím si, že žena má právo rozhodnout o svém těle bez toho, aby měl kdokoliv jiný možnost do toho ženě zasahovat. Nikdy nemůžeme vědět, co za důvody ženu k interrupci přivedly.“* Respondentka Ž5 při rozhovoru sdělila, že se plod stává živou bytostí až ve chvíli, kdy je schopen přežít mimo tělo matky, do té doby je pouze

součástí těla matky. Žena R5 uvedla: „Možná, až se jednou stanu matkou, budu na danou situaci nahlížet jinak, ale zatím si stojím za tímto názorem.“ Zatímco respondentky Ž6 až Ž8 se přiklání k hnutí pro-life, respondentka Ž7 v rozhovoru uvedla: „Já se přikláním k hnutí pro-life. Každý z nás má právo na život, i ten, co zatím nemá sám možnost se o své právo na život hlasitě přihlásit. Žádný člověk nemá oprávnění učinit toto rozhodnutí za jinou živou bytost.“

Podkategorie Právo partnera

Respondentky v této podkategorii odpovídaly na otázku, zda má partner právo spolurozhodovat o tom, zda žena podstoupí či nepodstoupí interrupci. Respondentky Ž1–Ž5 a respondentka Ž7 zastávají názor, že partner by měl být informován o těhotenství ženy a o jejích následujících plánech, ale právo rozhodnout o tom, zda interrupci může či nemůže podstoupit, nemá. Respondentka Ž1 sdělila: „Myslím si, že partner má právo vědět o tom, že je žena těhotná a chce podstoupit umělé přerušování těhotenství. Muž má právo navrhnout možná jiná řešení, ale nemá právo ženě interrupci zakázat.“ Respondentky Ž6 a Ž8 v rozhovoru uvedly, že partner má právo spolurozhodnout o tom, zda žena interrupci podstoupí, přeci jen je to i dítě partnera. Respondentka Ž6 v rozhovoru uvedla: „Partner má nejen právo o interrupci vědět, ale má právo o interrupci spolurozhodnout. Dítě je přeci i jeho a žena by neměla podstoupit interrupci, pokud si partner chce dítě ponechat.“

Podkategorie Postoj žen

V této podkategorii ženy odpovídaly na otázku, v jakém případě či za jakých okolností by respondentky podstoupily interrupci. Respondentky Ž1–Ž5 udávaly jako nejčastější důvod vrozené vývojové vady plodu nebo zdravotní důvody ohrožující ženy na životě. Respondentka Ž3 uvedla: „Interrupci bych podstoupila asi v případě, pokud by byla u plodu diagnostikována závažná vrozená vývojová vada, anebo v případě, kdy by plod ohrožoval mé zdraví a můj vlastní život. Pravděpodobně bych interrupci podstoupila také v případě, kdy bych nebyla schopná dítěti poskytnout alespoň životní minimum.“ Zatímco respondentky Ž6, Ž7 a Ž8 v rozhovoru uvedly, že by za žádných okolností interrupci nepodstoupily. Respondentka Ž6 sdělila: „Interrupci bych nikdy dobrovolně nepodstoupila. Nebyla bych schopná zabít tu rostoucí živou bytost ve mně.“

Žádný člověk na planetě nemá právo ukončit život jiné živé bytosti. Stejně tak jako každý z nás má právo na život, tak stejně má plod právo na svůj život, který bychom měli plně podporovat.“

4.2 Rozhovory s porodními asistentkami

Výzkumné šetření bylo provedeno prostřednictvím rozhovorů s pěti porodními asistentkami, dále označovány jako PA1–PA5, v gynekologicko-porodnických ambulancích. Kritériem pro jejich výběr byla ochota zúčastnit se šetření a jejich souhlas s provedením rozhovoru společně se souhlasem gynekologa, se kterým spolupracují.

V Tabulce 3 jsou popsány základní identifikační údaje porodních asistentek. Byl zjišťován jejich věk, dosažené vzdělání a doba praxe v gynekologicko-porodnické ambulanci.

Tabulka 3 Základní identifikační údaje porodních asistentek

Porodní asistentky	Věk	Nejvyšší dosažené vzdělání	Délka praxe v ambulanci
PA1	48	vysokoškolské – Mgr.	8 let
PA2	33	vysokoškolské – Bc.	5 let
PA3	36	vysokoškolské – Bc.	2,5 roku
PA4	48	vysokoškolské – Bc.	10 let
PA5	34	vysokoškolské – Bc.	2 roky

(PA = porodní asistentka, Bc. = bakalář, Mgr. = magistr)

Zdroj: vlastní

Z Tabulky 3 vyplývá, že věk porodních asistentek se pohyboval v rozmezí 33–48 let. Všechny PA měly vysokoškolské vzdělání. Délka praxe porodních asistentek se pohybovala v rozmezí 2–10 let.

Na podkladě tvrzení PA byla zpracovaná data z rozhovorů analyzována a rozřazena do hlavních kategorií a podkategorií, které jsou zaznamenány v Tabulce 4. Byly stanoveny čtyři hlavní kategorie a devět podkategorií. První kategorie se zabývá

znalostmi a zkušenostmi porodních asistentek v oblasti interrupce a její problematiky. V následujících třech kategoriích je rozebrána edukace žen v oblasti interrupce a její komplikace, dále se rozebírá péče porodních asistentek o ženu při výkonu interrupce a názory PA na etickou problematiku interrupce. Zpracovaná data, získaná z rozhovorů, jsou rozšířena o přímé citace výpovědí žen, které jsou v textu odlišeny pomocí kurzívy.

Tabulka 4 Hlavní kategorie a podkategorie

KATEGORIE	PODKATEGORIE
Zkušenosti PA	Pojem interrupce Komplikace u ženy
Edukace	Edukace žen Získávání informací Metoda plánovaného rodičovství Postoj žen k interrupci
Péče PA	Péče o ženu při interrupci
Etická problematika interrupce	Etická problematika interrupce Právo partnera

Zdroj: vlastní

Kategorie Zkušenosti PA

Kategorie Znalosti porodních asistentek se zabývala otázkami, které byly zaměřeny na vědomosti a zkušenosti PA o interrupci a její problematice. Porodní asistentky zde vlastními slovy vyjádřily pojem interrupce. PA dále hovořily o komplikacích, se kterými se během své praxe nejčastěji setkaly. Kategorie Zkušenosti PA byla rozdělena na dvě podkategorie, a to na Pojem interrupce a Komplikace u ženy.

Podkategorie Pojem interrupce

Porodní asistentky v této podkategorii vlastními slovy vyjádřily, co si představují pod pojmem interrupce.

Porodní asistentky PA1–PA5 bez obtíží vyjádřily pojem interrupce. PA1 sdělila: *„Interrupce je umělé přerušení těhotenství do dvanáctého týdne těhotenství na vlastní žádost ženy, prostřednictvím chemických látek nebo chirurgického zákroku.“* Respondentka PA3 popsala pojem interrupce jako metodu či zákrok, pomocí kterého se u ženy ukončí těhotenství bez nutnosti udání důvodů, popřípadě ze zdravotních důvodů ženy nebo plodu do dvacátého čtvrtého týdne. PA4 a PA5 ještě navíc dodaly, že se u ženy může interrupce uskutečnit kdykoliv během těhotenství, pokud je žena ohrožena na životě.

Podkategorie Komplikace u žen

Porodní asistentky zde hovořily o komplikacích, se kterými se nejčastěji během své praxe setkaly. PA1 při rozhovoru sdělila: *„Zřejmě mám asi štěstí, protože s negativními fyzickými následky jsem se příliš často nesečkala, pouze snad od doby, kdy se interrupce dá provádět farmakologicky se u jedné pacientky stalo, že musela podstoupit revizi dělohy pro rezidua. Nejčastěji se však setkávám s následky psychickými, poměrně často mi ženy sdělují, že mají výčitky svědomí, že svého rozhodnutí litují, mnohdy si to nemohou odpustit, u jedné ženy jsem se setkala s tím, že po interrupci měla odpor k pohlavnímu styku.“* PA2, PA4 a PA5 udávaly, že se poměrně často setkávaly nejen s psychickými problémy, ale i s fyzickými následky, například s krvácením, hojnými záněty a někdy i se srůsty na děloze. PA3 řekla: *„Poměrně často jsem se setkala s krvácením, které bylo pravděpodobně způsobeno poraněním, které vzniklo při zákroku a lékař si ho zřejmě nepovšiml. Dále poměrně častými následky, se kterými se setkávám, jsou záněty.“*

Kategorie Edukace

Kategorie Edukace byla zaměřena na edukaci žen porodními asistentkami na téma interrupce a její následky. Dále porodní asistentky hovořily o vhodných zdrojích, kde by měly ženy čerpat, pokud by chtěly více informací o interrupci, o důležitosti včasné edukace dívek a žen, o metodách plánovaného rodičovství a hodnotily postoj žen k interrupci.

Podkategorie Edukace žen

Porodní asistentky zde hovořily o tom, jak edukují ženy v ambulancích, především o interrupci a možných komplikacích.

Všechny dotazované porodní asistentky odpověděly, že na toto téma příliš často needukují, že si tuto kompetenci vyhrazuje lékař. Porodní asistentky převážně zodpovídají dodatečné otázky žen k dané problematice, popřípadě pak informují ženu, jak má postupovat při pobytu ve zdravotnickém zařízení. PA2 sdělila: *„Já převážně dávám ženám jen informace, kde se mají na zákrok objednat, dále jak tento výkon přibližně probíhá, včetně časových informací, co mají mít s sebou do nemocnice, kdy se mají hlásit k nám po zákroku a hlavně jak probíhá rekonvalescence a při jakých obtížích se mají vrátit do nemocnice.“* PA3 během rozhovoru uvedla, že edukaci žen zaměřuje převážně na možnosti plánovaného rodičovství, popřípadě se snaží ženě navrhnout i jiné řešení nechtěného těhotenství, než je interrupce.

Podkategorie Získávání informací

Porodní asistentky zde vyjádřily názor na získávání kvalitních informací v oblasti interrupce a její problematiky. PA také rozebíraly, v jakém věku je vhodné začít dívky edukovat.

Respondentky PA1, PA4 a PA5 sdělily, že nejlepším a nejrychlejším způsobem je zeptat se svého obvodního gynekologa, popřípadě porodní asistentky, protože jsou zvyklí tyto informace podávat jasně a především srozumitelně, tak aby informace pochopil i člověk pohybující se mimo zdravotnictví. PA1 uvedla: *„Doporučila bych ženám, aby informace sháněly u svého gynekologa či porodní asistentky v ambulanci. Tyto informace umím podat již i stručně, ale komplexně. Stručně bohužel proto, že času*

je v normálním provozu poměrně málo, proto jsme se to musela naučit.“ Respondentky PA2 a PA3 dále uváděly jako možný zdroj informací internet nebo informovaný souhlas s výkonem, který je dostupný na gynekologické ambulanci v nemocnici. PA3 během rozhovoru uvedla, že i internet může být kvalitním zdrojem informací, pokud žena umí alespoň trochu pracovat na počítači. Respondentka PA3 uvedla: „I na Googlu vám vyjede mnoho úryvků na téma interrupce z odborné literatury. Samozřejmě pokud žena stojí o informace a má strach, že jim dobře neporozumí, je lepší se zeptat svého gynekologa.“

Porodní asistentky dále ve výzkumném šetření poukazovaly na to, kdy je vhodné začít s edukací na téma interrupce a její komplikace u žen. Všechny respondentky PA1 až PA5 uváděly, že je vhodné začít s edukací žen/dívek ve věku 14 až 15 let. PA2 hovořila o nutnosti začít edukovat dívky před zahájením pohlavně aktivního života. Věk dívek by se měl podle PA2 pohybovat v rozmezí 13 až 15 let. Je to období, kdy jsou dívky již reprodukčně zralé, mají pravidelnou menstruaci a především ovulaci. Dívky by měly být informovány, jak se před nechtěným těhotenstvím chránit a jaké důsledky z nechtěného těhotenství mohou vyplynout. PA4 v rozhovoru sdělila: „*Je velmi důležité brát v potaz, od koho edukace přichází, dále aby se na edukaci podílela škola pomocí rodinné a sexuální výchovy, besed, přednášek. Nejvíce by se na edukaci měli podílet rodiče, především tedy matky dívek, každá matka by měla se svou dcerou na toto téma hovořit a ujistit dívku, že při jakémkoliv problému může za ní přijít. Je nepříjemné, když se během praxe potkáte s šestnáctiletou dívkou, která si tímto traumatickým zážitkem prochází sama, protože doma měla strach povědět, že otěhotněla. Nikdo by si tímto neměl procházet sám a především ne dítě.“*

Podkategorie Metoda plánovaného rodičovství

Porodní asistentky v tomto výzkumném šetření hovořily o vhodných metodách, jak by se měly ženy chránit před nechtěným těhotenstvím a předejít tak interrupci. Všechny porodní asistentky uvedly, že je dobré, aby sexuálně aktivní žena využívala alespoň jednu z mnoha možností antikoncepce. Porodní asistentky doporučovaly u mladších žen hormonální antikoncepci ve formě pilulek, hormonální kroužek společně s prezervativem, protože se tak žena chrání nejen před nechtěným těhotenstvím, ale i sexuálně přenosnými chorobami. U žen, které mají jedno a více dětí, doporučovaly

aplikaci hormonální antikoncepce pomocí injekcí či uplatnění nitroděložního tělíska. PA5 při rozhovoru uvedla: *„Dnes existuje nepřeberné množství antikoncepce, myslím si, že pro každou ženu se najde vhodná metoda antikoncepce. Mladým ženám, které ještě nerodily, většinou doporučuji hormonální antikoncepci ve formě prášků nebo hormonální vaginální kroužek, u žen, které už rodily, pak doporučuji nitroděložní tělísko nebo hormonální antikoncepci ve formě pilulek. U starších žen, kde pohlavní styk není již tak častý, pak postačí pesar.“*

Podkategorie Postoj žen k interrupci

V podkategorii Postoj žen k interrupci porodní asistentky hovořily o tom, jak se dnes ženy staví k interrupci a možným komplikacím. Zda ženy přistupují k interrupci jako k formě antikoncepce a nebo zda ji považují jen za řešení krajní nouze.

Respondentky PA2–PA5 zastávaly názor, že ženy k interrupci přistupují pouze v krajní nouzi. PA4 uvedla: *„Myslím si, že každá žena si uvědomuje, jak moc interrupce zasahuje do organismu ženy a jak velká psychická zátěž se s interrupcí pojí, a tak zastávám názor, že ženy ve většině případech přistupují k interrupci jako k řešení v krajní nouzi.“* Zatímco PA1 sděluje: *„Ano, jsou ženy, které zneužívají interrupci jako metodu antikoncepce, především od doby, kdy byla v ČR legalizována farmakologická metoda interrupce. S tímto typem žen jsem se i já párkrát setkala, je pravda, že převážně patřily k sociálně slabším.“*

Kategorie Péče porodní asistentky

V této kategorii se porodní asistentky zabývaly péčí PA o ženu při výkonu interrupce.

Podkategorie Péče o ženu při interrupci

Porodní asistentky zde odpovídaly na otázku, co podle nich zahrnuje péče PA o ženu při interrupci.

PA2 a PA5 uvedly, že si v této oblasti nejsou příliš jisté, protože takovou péči poskytovaly naposledy na praxi při studiích. Po krátkém přemýšlení uvedly, že by ženu seznámily s oddělením, kde by na výkon čekala, seznámily ji s časovým plánem

výkonu, poskytly ženě operační prádlo a požádaly by ženu o odložení šperků, brýlí, kontaktních čoček nebo jiných kompenzačních pomůcek. Zodpověděly by ženě veškeré dotazy. Respondentka PA1 vypověděla: *„Je důležité poskytnout ženám co nejvíce informací, které jsou potřebné, aby věděla, jak výkon probíhá. Je podstatné, aby PA ženu psychicky podpořila. V tento okamžik již nemá význam ženám jejich rozhodnutí vymlouvat. Nestrašit je negativními důsledky, spíš jim říct, co všechno uděláme pro to, aby žádné nenastaly. A dát jim najevo, že je neodsuzujeme, ale jsme na jejich straně.“* PA3 v rozhovoru kladla důraz na čas, který by měl být ženám poskytnut, aby měly dostatek prostoru na položení potřebných dotazů, odložení oblečení, šperků a dalších doplňků a kompenzačních pomůcek. PA4 se také zaměřila na péči o ženu po výkonu, když sdělila: *„Po výkonu je důležité, aby PA důkladně monitorovala vitální funkce ženy, pravidelně kontrolovala krvácení, aby poskytla ženě dostatek času na regeneraci sil a ženu psychicky podpořila. Před propuštěním ženu důkladně informovala, aby se v případě jakýchkoliv komplikací dostavila zpět do nemocnice, hlavně aby nic nezanedbala a aby se pár dní po výkonu šetřila a vynechala fyzicky náročné aktivity. PA také může ženu edukovat o metodách plánovaného rodičovství.“*

Kategorie Etická problematika interrupce

Kategorie Etická problematika interrupce je rozdělena do dvou podkategorií. A to do podkategorie Etická problematika interrupce a podkategorie Právo partnera.

Podkategorie Etická problematika interrupce

Porodní asistentky zde odpovídaly na otázku, jak nahlíží na etickou problematiku interrupce. PA1 během rozhovoru uvedla, že interrupce je nepopulární, velmi nepříjemný výkon z hlediska ženské psychiky, samozřejmě i etiky ženy, ale také z pohledu porodníka, který výkon provádí, nebo porodních asistentek, které u výkonů musejí asistovat. Z etického hlediska je interrupce neřešitelný problém. PA1 uvedla, že by interrupci dobrovolně nepodstoupila, ale neodsuzuje ani ženy, které se pro ni rozhodly, protože nikdy nevíme, jaký příběh se za tím rozhodnutím skrývá. PA2, PA3 a PA5 vypověděly, že nejsou ani odpůrci interrupce, ale ani ji úplně neschvalují. PA3 sdělila: *„Nemohu ženu soudit za to, že se pro interrupci rozhodla, když sama nevím,*

jak bych se k interrupci postavila, kdybych se nacházela v náročné životní situaci. Ale myslím si, že každá žena má právo o svém těle svobodně rozhodnout bez toho, aby ji za to někdo odsuzoval. Jen doufám, že bude interrupce postupem času méně a méně potřebná.“ PA4 při rozhovoru řekla, že se přiklání k hnutí pro-life. Respondentka PA4 tvrdí, že každé dítě má právo na život, a tu šanci by mělo dostat bez ohledu na výsledky diagnostických testů, protože ani ty v dnešní době nejsou neomylné. Ale toto přesvědčení PA4 do své práce nikdy nepřenáší a rozhodnutí žen podstoupit interrupci plně respektuje.

Podkategorie Právo partnera

Porodní asistentky se zde vyjadřovaly k otázce, zda má partner právo spolurozhodovat o podstoupení interrupce. Porodní asistentky PA2 až PA5 odpověděly velice podobně. Všechny uvedly, že partner má především právo být o těhotenství informován, ale nakonec se stejně musí rozhodnout pouze žena. Jedná se o její tělo a často i o její budoucnost a ani partner to za ženu rozhodnout nemůže. Pouze porodní asistentka PA1 sdělila: *„Bylo by samozřejmě ideální, aby spolurozhodoval i partner. Gravidní je sice žena, ale početí nového života je vždy věc dvou lidí. Bohužel, pokud přijde žena pro žádost k interrupci, většina z nich říká, že dítě nechce především partner, případně je partner pro těhotenství opustil. I kdybych moc ráda jednou viděla, že partneři o tomto rozhodují společně, pravděpodobně se to nikdy nestane a právo rozhodnout nebo spíš břemeno se rozhodnout zůstane i nadále na ženě!“*

5 Diskuze

Interrupce neboli umělé přerušování těhotenství (UUT) je pojem vyjadřující plánované ukončení těhotenství pomocí chirurgického zákroku nebo medikamentů (Slezáková et al., 2017). V dnešní době je problematika interrupce poměrně časté téma diskuzí, jen v České republice bylo v roce 2015 evidováno 20 403 případů umělého přerušování těhotenství.

Bakalářská práce se zabývala interrupcí a jejími možnými následky. U bakalářské práce byly stanoveny dva cíle. První cíl bakalářské práce zkoumal, jak ženy nahlíží na problematiku interrupce. Druhý cíl zjišťoval, jaký názor zaujímají porodní asistentky na problematiku interrupce. Výzkumné šetření probíhalo metodou polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumný soubor byl tvořen osmi ženami ve věku 20 až 35 let. Druhý výzkumný soubor byl tvořen pěti porodními asistentkami, jejichž praxe v gynekologicko-porodnických ambulancích se pohybovala v rozmezích 2 až 10 let.

Respondentky byly v první části rozhovoru dotazovány na základní identifikační údaje, které byly zpracovány a uvedeny v Tabulce 1. Respondentky uváděly svůj věk, kdy nejmladší respondentce bylo 22 let a nejstarší dotazované respondentce bylo 35 let. Dotazované ženy dále uváděly svůj rodinný stav, tři respondentky byly svobodné, čtyři respondentky byly vdané a jedna respondentka byla rozvedená. Třetí ze čtyř identifikačních otázek se týkala nejvyššího dosaženého vzdělání. Jedna respondentka měla střední odborné vzdělání bez maturity, tři respondentky měly střední odborné vzdělání s maturitou a čtyři respondentky měly vysokoškolské vzdělání. Poslední identifikační otázkou bylo zaměstnání respondentek, které bylo poměrně rozmanité. Dotazované ženy pracovaly například jako dělnice, učitelka na základní škole či managerka. Domnívala jsem se, že především věk a nejvyšší dosažené vzdělání bude mít vliv na znalosti, názory a postoje respondentek. Po porovnání odpovědí jednotlivých respondentek bylo zjištěno, že i přes rozmanitý věk, dosažené vzdělání, ale i rodinný stav a zaměstnání, byly znalosti respondentek o problematice interrupce na velmi podobné úrovni. Názory a postoje dotazovaných žen si byly velice podobné.

Ženy byly v rozhovoru dotazovány na pojem interrupce a co si pod tímto pojmem představují. Z výsledků výzkumu bylo zjištěno, že ženy Ž1, Ž2, Ž3, Ž4, Ž5 si pod

pojmem interrupce představují umělé přerušování těhotenství za pomoci odborného lékaře, a to na přání ženy, nebo ze zdravotních důvodů. Respondentky Ž1–Ž5 hovořily ve většině svých úvah o plodu jako o neživé věci. Žena Ž7 definovala pojem interrupce téměř totožným způsobem, pouze o plodu hovořila jako o živé bytosti. Ženy Ž6 a Ž8 definovaly pojem interrupce pomocí slov usmrcení či zabití živé bytosti. Dle Hájka (2014) je interrupce výkon, při kterém je plod vybaven z dutiny děložní nejdéle do 12. týdne gravidity, ze závažných zdravotních důvodů lze UUT umožnit do 24. týdne gravidity, nebo při ohrožení života ženy kdykoli během těhotenství. Respondentky v rozhovoru hovořily o metodách interrupce a následně i o jejích komplikacích. Z výzkumného šetření vyplynulo, že ženám Ž2, Ž3, Ž4, Ž5, Ž6 a Ž8 jsou známy pouze dvě metody interrupce, a těmi jsou miniinterrupce a klasická interrupce, jež jsou prováděny chirurgicky. Pouze respondentky Ž1 a Ž7 uvedly interrupci pomocí farmak. Podle Roztočila (2011) sem patří, kromě výše uvedených metod také metoda indukce větších potratů a sectio caesarea. Tyto metody se využívají u žen, které přesáhly délku těhotenství dvanácti týdnů.

Na základě výzkumného šetření respondentky Ž1–Ž8 nejčastěji udávaly za komplikace záněty dělohy a pohlavních orgánů, sterilitu ženy a krvácení z pohlavních orgánů po zákroku. Ženy Ž3, Ž5 a Ž6 navíc od ostatních respondentek uvedly další pro ně významnou komplikaci, tj. psychické potíže, které mohou u ženy po interrupci přetrvávat i roky, jak udává Hájek (2014). Naopak Weiss (2010), tvrdí, že psychické potíže u žen po interrupci, které se pro ni dobrovolně rozhodly, jsou spíše mýtus, za který mohou ženy schovat své špatné svědomí. Zde s Weissem nemohu souhlasit, právě naopak. Domnívám se, že riziko vzniku psychických potíží u žen, které interrupci podstoupily dobrovolně, je i mnohdy větší než u žen, které interrupci podstoupily ze závažných zdravotních důvodů. Myslím si, že vznik psychických potíží, jako je Postabortivní syndrom, je podporován silnými výčitkami svědomí, které převládají převážně u žen, které interrupci podstoupily dobrovolně ze své vůle. Respondentky udávají, že psychické potíže by se u ženy neměly zanedbat a zdravotnická zařízení by měla ženám doporučit nebo dokonce zajistit odbornou pomoc psychologa či psychiatra.

Ženy se v rámci výzkumného šetření vyjadřovaly k metodám plánovaného rodičovství, jak se chránit před nechtěným těhotenstvím, a tak i před umělým ukončením těhotenstvím.

Ženy Ž1 až Ž6 považují dle výzkumného šetření za nejspolehlivější metodu antikoncepce, kterou se lze chránit před nechtěným těhotenstvím, hormonální antikoncepci ve formě pilulek. Je to metoda, kterou výše zmíněné respondentky používají, aby se ochránily před nechtěným těhotenstvím. Ženy mezi další možné metody řadí kondom, ženský pesar, nitroděložní tělísko, vaginální kroužek, hormonální antikoncepci ve formě náplastí či injekcí. Stejně metody uvádějí jak Roztočil (2011), tak i Pařízek (2015). Žena Ž8 sděluje, že nejlepší metodou, jak se chránit před nechtěným těhotenstvím, je abstinence pohlavního styku. Dle respondentky by měly mladé ženy počkat s pohlavním stykem na životního partnera. Žena Ž8 s manželem využívají pouze prezervativ. Respondentky bez obtíží vyjmenovaly prakticky všechny dostupné možnosti antikoncepce. Zjištění, že jsou ženy o metodách plánovaného rodičovství takto dobře informovány, mě příjemně překvapilo. Myslím si, že právě díky neustále se zlepšujícím metodám antikoncepce a jejich rozšíření mezi širokou veřejnost dojde ještě k rychlejšímu poklesu počtu interrupcí. Jak uvádí UZIS ČR (2016), jen za rok 2015 bylo o 1490 interrupcí méně než v roce 2014.

Celý výzkumný soubor respondentek Ž1–Ž8 ve výzkumném šetření zastává názor, že majorita dospívajících dívek a žen zná dostupné metody antikoncepce a většina z žen jednu z těchto metod, které respondentky ve výzkumném šetření uvedly, v běžném životě využívá. I já se k tomuto názoru přikláním, především díky respondentkám, které v předcházející otázce bez obtíží vyjmenovaly takřka všechny dostupné metody antikoncepce.

V následující části výzkumného šetření respondentky vyjadřovaly své názory na informovanost mladých dívek a žen na téma interrupce. Respondentky Ž1–Ž3, Ž5 a Ž7 ve výzkumném šetření uvedly, že dle jejich názoru většina dnešních žen má základní informace o interrupci a její problematice, především díky možnosti rychlého a snadného vyhledávání pomocí internetu. Jedině respondentky Ž4 a Ž8 s tímto názorem nesouhlasí. Podle ženy Ž8 základní informace mají pouze ženy, které se o téma interrupce a její problematiku zajímají o trochu více, nebo žena, která se někdy dostala do situace, kdy sama interrupci zvažovala a pokusila se o shromáždění

co největšího množství informací z kvalitních zdrojů. Já sama se přikláním k názoru respondentek Ž1–Ž3, Ž5 a Ž7. Domnívám se, že dívky a mladé ženy jsou v dnešní době dobře informovány o problematice interrupce a metodách plánovaného rodičovství, především díky školám, které dívkám zajišťují různé přednášky a besedy s gynekology či jinými odborníky. Podle mého názoru by měly být do edukace dívek více zapojovány matky i přes to, že interrupce není příjemné téma. Matky by měly se svými dcerami toto téma prodiskutovat a pomoci tak dívkám zaujmout postoj k problematice interrupce.

Ženy Ž1–Ž8 se v tomto výzkumném šetření shodují, že kvalitní, přesné a srozumitelné informace získají od obvodního gynekologa či porodní asistentky, jež u obvodního gynekologa v gynekologicko-porodnické ambulanci pracuje. Respondentky Ž4, Ž6 a Ž8 dále uvádějí jako vhodný zdroj informací rodinnou a sexuální výchovu, besedy a přednášky, které základní škola zajišťuje mladým dívkám. Respondentka Ž8 klade důraz na rodiče jako na nejdůvěryhodnější zdroj informací, především pak na roli matky, která by měla dívku poučit a ujistit, že se může kdykoliv svěřit, požádat o radu nebo pomoc. Dále všechny respondentky uvedly jako vhodný zdroj informací internet, ale pouze v případě, kdy si žena či dívka umí najít vhodný důvěryhodný zdroj. I Roztočil (2011) zařazuje mezi vhodné zdroje gynekologa, vzdělávací zařízení a rodinu, která by se na edukaci žen také měla podílet.

Prostřednictvím výzkumného šetření byl v neposlední řadě sledován postoj respondentek k etické problematice interrupce. Z šetření vyplynulo, že ženy Ž1 až Ž8 považují interrupci za jeden z největších etických problémů současné společnosti. Zároveň se shodují, že tento problém nebude zřejmě nikdy vyřešen, protože každý z nás je jiný, a šance, že se někdy v budoucnu všichni lidé shodnou na jednotném názoru, je nemožná. I podle Alcorna (2011) je interrupce celosvětový etický problém, který díky individualitě každého jedince nelze vyřešit. I já se k tomuto názoru musím přiklonit, dokud nebude existovat snadno dostupná, levná a stoprocentně účinná antikoncepce, podpořená propracovanou osvětou, bude interrupce neodlučitelnou součástí života žen.

Pozornost výzkumného šetření se zaměřila také na problematiku počátku lidského života, kdy se plod stává lidskou bytostí. Ženy Ž1, Ž2, Ž3, Ž4 a Ž5 se přiklonily k názoru, že plod se stává živou bytostí až v momentu, kdy se narodí a je schopen přežít mimo tělo matky. Zatímco respondentka Ž7 považuje plod za živou bytost ve chvíli,

kdy je schopen reagovat pohyby na vnější podněty, jako je například hlas budoucí matky či budoucího tatínka. Výzkumné šetření poukázalo, že respondentky Ž6 a Ž8 považují lidský plod za živou bytost od chvíle početí, kdy došlo ke sloučení pohlavních buněk. Hájek (2014) a Roztočil (2011) udávají, že plod se stává živou bytostí až v době porodu. Osobně se přikláním k názoru respondentky Ž7. I pro mne se plod stává živou bytostí ve chvíli, kdy máme možnost vnímat jeho pohyby, najednou se tak plod stává nedílnou součástí života ženy.

Pomocí výzkumného šetření bylo zjištěno, že ženy Ž1 až Ž5 se přiklání k hnutí pro-choice. Respondentky zastávají právo ženy rozhodovat o svém těle, ale i o své budoucnosti a nikdo nemá právo ženě nařizovat, že si musí dítě ponechat. Zatímco respondentky Ž6, Ž7, Ž8 se dle výsledků výzkumného šetření přiklání k hnutí pro-life. Podle žen je plod živou bytostí již od početí a každá živá bytost má právo na život a nikdo, ani žena, nemá právo připravit živou bytost o život jen proto, že se nedokáže hlasitě přihlásit o svá práva. Podle Alcorna (2011) je plod živou bytostí již od splynutí pohlavních buněk a prostřednictvím interrupce mu upíráme právo na život. Ale pokud ženám zakážeme podstoupit interrupci, neupřeme tak jí právo na život, jaký si ona pro sebe představuje. Pokud by byla interrupce zakázána, nevedlo by to k jejímu zániku a byla by prováděna pokoutně jako v dobách středověku. Myslím si, že by ženy i nadále podstupovaly interrupce, ty by byly prováděny neoprávněnou a nedostatečně vzdělanou osobou, což by mělo za následek vyšší morbiditu a mortalitu žen.

Dále výzkumné šetření dává odpověď na otázku, zda má muž právo spolurozhodovat o tom, zda žena může či nemůže podstoupit interrupci. Z výzkumu vyplývá, že ženy Ž1 až Ž5 a respondentka Ž7 zastávají názor, že partner má sice právo vědět, že žena čeká jeho dítě, ale nemá právo přinutit ženu podstoupit interrupci, nebo naopak nemá právo přinutit ženu, aby interrupci nepodstoupila. Dle respondentek Ž6 a Ž8 mají právo partneři spolurozhodovat, zda žena může či nemůže podstoupit interrupci, přeci jen na zplození dítěte je vždy za potřebí obou partnerů. I já sdílím názor, že partner by měl být o těhotenství a záměru ženy podstoupit interrupci informován, ale volba by vždy měla zůstat pouze v rukách ženy. Těhotenství je velký zásah do organismu ženy, v některých případech může ženu ohrožovat i na životě, proto si myslím že by žena neměla svěřovat svůj život a tak závažné rozhodnutí do rukou jiného člověka.

V poslední části rozhovoru bylo pomocí výzkumného šetření zkoumáno, v jakém případě by samy respondentky podstoupily interrupci. Z výzkumného šetření vyplynulo, že by respondentky Ž1 až Ž5 podstoupily interrupci v případě, kdy by měl plod vrozenou vývojovou vadu nebo ze zdravotních důvodů, které by respondentku závažným způsobem ohrožovaly na životě. Naopak respondentky Ž6, Ž7 a Ž8 uvedly, že by nikdy za žádnou cenu interrupci nepodstoupily, protože každé dítě má právo na život. Myslím si, že názor, zda bych podstoupila interrupci, se mění během celého života ženy v závislosti na věku, finanční situaci, studiu či zaměstnání, rodinném zázemí nebo náboženství. Věřím, že kdybych se těchto žen zeptala na totožnou otázku o pět let dříve nebo později, pokaždé by se jejich odpověď lišila.

Porodní asistentky, jinak označené jako PA1–PA5, byly v první části rozhovoru dotazovány na základní identifikační údaje, které byly zpracovány a uvedeny v Tabulce 3. Porodní asistentky uváděly svůj věk, kdy nejmladší porodní asistentce bylo 33 let a nejstarší porodní asistentce byla 48 let. Druhá identifikační otázka byl zaměřena na nejvyšší dosažené vzdělání, kdy čtyři porodní asistentky dosáhly bakalářského vysokoškolského titulu a jedna porodní asistentka dosáhla magisterského vysokoškolského titulu. Poslední identifikační otázka byla cílena na délku praxe porodních asistentek v gynekologicko-porodnické ambulanci, kdy nejkratší praxe porodní asistentky byla 2 roky a nejdelší praxe byla 10 let. Zjistila jsem, že délka praxe porodních asistentek nemá příliš velký vliv na postoje a názory na problematiku interrupce, podíváme-li se na výzkumné šetření, zjistíme, že postoje porodních asistentek byly mnohdy velice podobné, v některých případech téměř totožné.

Porodní asistentky byly v rozhovoru dotazovány na pojem interrupce a co si pod tímto pojmem představují. Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že porodní asistentky PA2–PA5 definovaly interrupci jako umělé přerušování těhotenství na žádost ženy prostřednictvím medikamentů nebo chirurgického zákroku do 12. týdne gravidity bez nutnosti udání důvodů. Respondentka PA1 dále uvedla, že žena může podstoupit umělé přerušování těhotenství po dvanáctém týdnu těhotenství do dvacátého čtvrtého týdne těhotenství ze zdravotních komplikací u ženy nebo u plodu. PA4 a PA5 navíc dodaly, že se u ženy může provést interrupce kdykoliv během těhotenství, pokud těhotenství ohrožuje ženu na životě. Dle Roztočila (2011) je interrupce umělé přerušování těhotenství pomocí chirurgického zákroku nebo prostřednictvím medikamentů. Hájek

dále člení interrupci do tří časových intervalů dle délky gravidity, do 12. týdne těhotenství lze provést interrupci na žádost ženy, do 24. týdne těhotenství lze uskutečnit UUT ze zdravotních důvodů ženy, nebo kdykoliv po dobu těhotenství při ohrožení ženy na životě.

Dle výzkumného šetření se porodní asistentky PA1 a PA5 nejčastěji setkaly s psychickými následky u žen po interrupci. Zatímco PA2, PA3, PA4 se v ambulanci také často setkaly se záněty dělohy nebo srůsty na děloze. PA4 dále uvádí krvácení z pohlavních orgánů. Hájek (2014) dále upozorňuje na možné velké krevní ztráty, poranění děložního hrdla, rezidua po interrupci. Roztočil (2011) také upozorňuje na riziko selhání metody, kdy interrupce nebyla úspěšná a těhotenství přetrvává.

Pomocí výzkumného šetření bylo zjišťováno, jak porodní asistentky edukují ženy na téma interrupce a její komplikace, kdy porodní asistentky PA1–PA5 uvedly, že na toto téma téměř needukují, protože si toto právo vyhradil lékař. PA2 edukuje pacientky o tom, jak mají postupovat při objednání ve zdravotnickém zařízení, co vše má mít žena s sebou připravené, jak má být upravená a jak zákrok probíhá. PA3 edukuje ženy převážně na téma plánování rodičovství a popřípadě informuje i o jiných řešeních těhotenství, než je interrupce. Toto zjištění mě poměrně překvapilo. Myslím si, že porodní asistentky mají dostatečné znalosti na to, aby na toto téma mohly ženy edukovat.

Porodní asistentky ve výzkumném šetření hovořily o místech, kde by měly ženy získávat kvalitní informace o interrupci a její problematice. PA1, PA4 a PA5 uvedly jako nejvhodnější zdroj obvodního gynekologa popřípadě porodní asistentku v ordinaci. Dále PA1–PA5 uvedly, že možným kvalitním zdrojem může být i internet, ale je nutné, aby si žena dokázala ze všech nabízených možných odkazů na stránky vybrat ten správný kvalitní internetový zdroj. Porodní asistentky dále ve výzkumném šetření poukazyvaly na to, že je vhodné začít edukovat mladé dívky a ženy ještě před tím, než zahájí aktivní sexuální život. PA1–PA5 uváděly, že je vhodné začít mezi 14. a 15. rokem života. PA4 dále ve výzkumném šetření věnovala pozornost tomu, kdo edukaci poskytuje. Do poskytování edukace by se měla zapojit jak škola pomocí přednášek, či sexuální výchovy, tak i rodiče, především maminky by měly s dívkami hovořit o plánovaném rodičovství a o možných následcích nechráněného styku, interrupci a jejích následcích. Zaujalo mě, že názory porodních asistentek jsou prakticky totožné

s názory žen, které jsou zaznamenány výše. Souhlasím s PA4, že je důležité zapojit do edukačního procesu i rodiče dívek, především tedy matky.

Porodní asistentky v tomto výzkumném šetření hovořily o vhodných metodách, jak se chránit před nechtěným těhotenstvím a předejít tak do budoucna možné interrupci. PA1–PA5 doporučovaly především hormonální antikoncepci ve formě pilulek, injekcí či náplastí, vaginální kroužek, nitroděložní tělísko, ale žena by neměla opomenout ani kondom popřípadě pesar. Jak uvedla PA5, dnes existuje nepřeberné množství antikoncepce a každá žena má možnost si vybrat takový druh antikoncepce, co jí bude doopravdy vyhovovat. Veškeré výše uvedené metody uvádí i Hájek (2014) nebo Roztočil (2011).

Výzkumné šetření se následně zaobíralo péčí o ženu při výkonu interrupce, kde porodní asistentky hovořily o tom, co vše by zahrnuly do péče o ženu v takovéto situaci. Porodní asistentky PA1–PA5 se shodly, že je především důležité ženu důkladně seznámit s chodem oddělení, jak se bude postupovat před výkonem a jak se musí připravit za pomoci porodní asistentky. PA by měla zodpovědět veškeré dotazy, popřípadě ošetřované ženě zajistit kompetentní osobu, která jí dotazy zodpoví. Dále porodní asistentky uvádějí, že PA musí fungovat jako psychická podpora, po výkonu pak poskytne ženě čas na regeneraci, podpoří ji a během dvou hodin pravidelně monitoruje fyziologické funkce ženy. Dle Wichsové (2013) by měla porodní asistentka ženu provést po oddělení, seznámit ji s časovým plánem výkonu, poskytnout ženě operační prádlo, požádat ji o odložení šperků, brýlí či jiných kompenzačních pomůcek. Pilka (2017) dále uvádí, že je nutné poučit ženu, aby nadále nic nepila a nepožila žádné potraviny či léky.

Porodní asistentky se dále vyjadřovaly k etické problematice interrupce, kdy PA1, PA2, PA3 a PA5 uvedly, že interrupce je velký etický problém, o kterém se neustále hovoří, ale šance, že někdy bude vyřešen, je téměř nulová. Kromě toho uvedly, že zaujímají neutrální postoj k interrupci, že se nepřiklání ani pro interrupci ani proti interrupci. Vše závisí čistě na ženě, pro co se rozhodne, a nikdo nemá právo ženu soudit. Pouze PA4 uvedla, že se přiklání k pro-life hnutí a zastává názor, že každé dítě má právo na život, upřesňuje ale, že tento názor vždy ponechává před dveřmi ordinace a žádnou ženu pro její rozhodnutí neodsuzuje. Velice se mi zalíbil neutrální postoj porodních asistentek k etické problematice interrupce, především u PA4, která i přes své

přesvědčení ženy neodsuzuje a nikdy nedovolila, aby její osobní postoj ovlivnil její práci.

V poslední části výzkumného šetření se porodní asistentky vyjadřovaly k právu partnera spolurozhodovat o podstoupení interrupce. PA2–PA5 uvedly, že partner by měl být o těhotenství a plánech ženy informován, ale na druhou stranu nevidí důvod, proč by měl mít muž právo rozhodovat o ženském těle. PA1 naopak hovoří o tom, že by bylo správné, aby o těhotenství a interrupci rozhodovali oba partneři. Bohužel i PA1 nakonec usoudila, že mnohdy laxní přístup mužů k těhotenství tuto možnost určitým způsobem znesnadňuje, ne-li znemožňuje.

Názory porodních asistentek na tuto problematiku byly velice zajímavé a pro mne do budoucna velmi inspirativní. Bylo příjemné zjistit, že i když ne vždy s ženou a jejím rozhodnutím souhlasí, tak vždy pracují profesionálně ve prospěch ošetřované ženy, a to včetně poskytnutí morální podpory.

6 Závěr

Tématem bakalářské práce je interrupce a její následky. Pro bakalářskou práci byly stanoveny dva cíle. Pomocí prvního cíle bylo zjišťováno, jak ženy nahlíží na interrupci a její problematiku. Prostřednictvím druhého cíle byl zkoumán názor porodních asistentek na interrupci a její problematiku.

Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že většina dotazovaných žen zaujímá k interrupci a její problematice neutrální postoj. Pět z osmi dotazovaných žen považují interrupci za nezbytnou součást života žen, za volbu, na kterou má právo každá žena bez toho, aby ji musela jakémukoliv člověku vysvětlovat či ji před ním obhajovat. Tři respondentky projevily negativní postoj k interrupci a její problematice. Dvě ženy uvedly, že jejich negativní postoj k interrupci a její problematice je silně ovlivněn křesťanskou vírou, kterou vyznávají. Pouze jedna žena uvedla, že negativní postoj k interrupci a její problematice vychází z jejího vlastního přesvědčení.

Podobně jako u žen, i většina dotazovaných porodních asistentek zaujímá neutrální názor na interrupci a její problematiku. Pouze jedna z pěti dotazovaných porodních asistentek zaujímala negativní názor na problematiku interrupce, ale zároveň uvedla, že tento názor vždy ponechává přede dveřmi ordinace a během své praxe nedovolila, aby její osobní postoj ovlivnil její profesionální přístup k ženě a pochopení jejího rozhodnutí.

Jak dotazované ženy, tak i porodní asistentky důrazně poukazovaly na důležitost včasného zahájení edukace dívek a mladých žen na téma interrupce a jejích komplikací, možnosti, jak se chránit před nechtěným těhotenstvím, a tak předcházet interrupci. Dle respondentek a PA se málo zapojují do edukace dívek a mladých žen především matky, které by se měly velkou měrou na edukaci svých dcer podílet.

Z výzkumného šetření také plyne, že porodní asistentky v gynekologicko-porodnických ambulancích nemají příliš často možnost poučit ženy o interrupci a její problematice, i přes jejich dobré znalosti na dané téma si tuto kompetenci vyhrazují lékaři.

Výsledky výzkumného šetření mohou být využity jako informační materiál pro porodní asistentky při edukaci žen na téma interrupce a její následky. Tato

bakalářská práce by současně mohla posloužit i samotným ženám jako zdroj informací o této problematice.

7 Seznam použité literatury

ALCORN, R.,C., 2011. *Proč chránit nenarozený život: péče o nenarozené děti a jejich matky*. Praha: Návrat domů. 129 s. ISBN 978-80-7255-242-9.

ANDRÉSOVÁ, M., SLEZÁKOVÁ, L., 2013. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy*. 2. vydání. Praha: Grada. 228 s. ISBN 978-80-247-4341-7.

CIGÁNEK, R., 2010. *Legalizace umělých potratů v Československu v roce 1957*. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze.

Complications from unsafe abortion annually, 2015. *Pulse International* [online]. (17), 12-13 [cit. 2017-02-01]. ISSN 16820274. Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=282fafe2-28c1-49c7-a64d-7631035f48c1%40sessionmgr120&vid=9&hid=128&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc2l0ZT1laG9zdC1saXZlJnNjb3BIPXNpdGU%3d#AN=109514423&db=asn>

ČURDOVÁ, A., 2004 *Ani ve starověku se interrupce nepokládaly za trestné* [online]. [cit. 2016-12-20]. Dostupné z: <http://www.blisty.cz/art/17540.html>

DIALLO, K., LHOTOVÁ, M., 2015. *Post-abortion syndrome. Caritas et Veritas* [online]. 1(1), 67 – 73s. [cit. 2017-02-14]. ISSN 18050948. Dostupné z: <http://docplayer.cz/18034907-Casopis-pro-reflexi-krestanskych-souvislosti-v-socialnich-a-humanitnich-oborech.html>

DUDOVÁ, R., 2012. *Interrupce v České republice: zápas o ženská těla*. Praha: Sociologický ústav AC ČR. 177 s.. ISBN 978-80-7330-214-6.

FAIT, T. et al., 2017. *Moderní farmakoterapie v gynekologii a porodnictví*. 2. vydání. Praha: Maxdorf. 624 s. ISBN 978-80-7345-482-1.

FAIT, T. et al., 2017. *Moderní farmakoterapie v gynekologii a porodnictví*. 2. vydání. Praha: Maxdorf. 624 s. ISBN 978-80-7345-482-1.

GIRI, A. et al., 2015. Study of Complications following Self-administration with Medical Abortion Pills. *Nepal Journal of Obstetrics* [online]., 10(1), 20-24 [cit. 2017-01-02]. ISSN 19998546.

GYN MEDA., © 2015. *Interrupce, miniinterrupce, umělé přerušování těhotenství*. [online]. [cit. 2017-05-15]. Dostupné z: <http://www.gynmeda.cz/interrupce-miniinterrupce-potrat-preruseni-tehotenstvi>

GREGORA, M., VELEMÍNSKÝ, ml., M., 2017. *Těhotenství a mateřství: nová česká kniha*. 2. vydání. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-5579-3.

HÁJEK, Z. et al., 2014. *Porodnictví*. 3. vydání. Praha: Grada. 580 s. ISBN 978-80-247-4529-9

HERLE, P., 2014. *Gynekologie pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Raabe. 164 s. ISBN 9788087553602.

JANÁČKOVÁ, Z., 2015. *Postinterrupční syndrom*. O psychologii.cz [online]. [cit. 2017-02-15]. Dostupné z: <http://www.opsychoologii.cz/clanek/175-postinterrupcni-syndrom/>

JONES, R., 2015. *Abortion context and women's contraceptive use. Perspectives on Sexual and Reproductive Health* [online].s. 157-159 [cit. 2016-05-01]. ISSN 15386341.

Dostupné

z:

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=6&sid=1de4ab99-ae75-4478-b9d9->

[baf30888b5fe%40sessionmgr4004&hid=4201&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc210ZT1laG9zdC1saXZlJnNjb3BIPXNpdGU%3d#AN=2015-43024-014&db=psyh](http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=6&sid=1de4ab99-ae75-4478-b9d9-baf30888b5fe%40sessionmgr4004&hid=4201&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc210ZT1laG9zdC1saXZlJnNjb3BIPXNpdGU%3d#AN=2015-43024-014&db=psyh)

JECHOVÁ, K., 2008. *Cesta k emancipaci. Postavení ženy v české společnosti 20. století. Pokus o vymezení problému.* In: Pět studií k dějinám české společnosti/ Praha: Ústav pro soudobé dějiny AV ČR, v. v. i., s. 69 – 129.

JUŘENÍKOVÁ, P., 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi.* Praha: Grada, 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.

KABRHEL, M., 2013. Právní úprava interrupce od roku 1850. In: *Law Portal: Studentský magazín o právu* [online]. Brno. [cit. 2017-07-01]. Dostupné z: <http://www.lawportal.cz/pravni-uprava-interrupce-od-roku-1850/>

KAPLAN, C., 2016. *Abortion. Magill 19s Medical Guide (Online Edition)* [online]. [cit. 2017-02-13].

Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?sid=efa5339d-6cc5-4f0a934e81eedb6deccf%40sessionmgr104&vid=11&hid=104&bdata=Jmxhbm9Y3Mmc2l0ZT1lZHMtbG12ZQ%3d%3d#AN=89093340&db=ers>

KUČERA, E., 2011. Umělé přerušování těhotenství. *Lékařské listy* [online].2011(3) [cit. 2016-12-12]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/umele-preruseni-tehotenstvi-459013>

KUDELA, M., 2008. *Základy gynekologie a porodnictví pro posluchače lékařské fakulty.* 2. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-1975-6.

LEMMERS, M. et al., 2016. Surgical versus expectant management in women with an incomplete evacuation of the uterus after misoprostol treatment for miscarriage: a randomized controlled trial. *Hum Reprod*; 31 (11): 2421-2427. doi: 10.1093/humrep/dew221

MACH, J., et al., 2013. *Univerzita medicínského práva*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5113-9.

MAREŠOVÁ, P., 2014. *Moderní postupy v gynekologii a porodnictví*. Praha: Mladá fronta. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-3153-0.

MARTIUS, G., et al., 1997. *Gynekologie a porodnictví*. Osvěta.

MZ ČSR., 1988. Vyhláška č. 11/1988 Sb. o povinném hlášení ukončení těhotenství, úmrtí dítěte a úmrtí matky. [cit.2016-12-27]. Dostupné z: <http://prolife.cz/potrat/index.html?id=314&action=p>

MZ ČSR, 1986. Vyhláška č. 75/1986 Sb. kterou se provádí zákon České národní rady č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství. [cit.2016-12-27]. Dostupné z: http://www.cgps.cz/cgps/doc/75_1986_Sb.txt

ONDŘIOVÁ, I., SLANINOVÁ, J., 2012. Problematika interrupcí v etickém kontextu. *Sestra* [online]. 2012(3) [cit. 2017-02-14]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/problematika-interrupci-v-etickem-kontextu-463862>

PAŘÍZEK, A., 2015. *Kniha o těhotenství, porodu a dítěti*. 5. vydání. Praha: Galén. ISBN 9788074922145.

PILKA, R., et al., 2017. *Gynekologie*. Praha: Maxdorf, Jessenius. ISBN 9788073455309.

PIŠTOROVÁ, K., 2012. *Postinterupční, postabortivní syndrom PAS: příznaky, projevy, symptomy* [online]. 2012 [cit. 2017-02-15]. Dostupné z: <http://www.priznaky-projevy.cz/psychiatrie-sexuologie/postinterupcni-postabortivni-syndrom-pas-priznaky-projevy-symptomy>

POLÁK, J., 2013. *Aplikovaná etika 2 – Interrupce - Argumenty pro a proti*. [online]. [cit. 2017-02-14]. Dostupné z: <http://jaroslavpolak.blog.idnes.cz/blog.aspx?c=320633>

HNUTÍ PRO ŽIVOT ČR., 2007. *Proč pláčeš, Miriam: utrpení žen po umělém potratu: "postabortivní syndrom"*. 2. vydání. Jihlava. ISBN 9788023975246.

ROZTOČIL, A., 2011. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2832-2.

ROZTOČIL, A., 2017. *Moderní porodnictví*. 2.vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5753-7.

RUSSO, N., 2014. *Abortion, unwanted childbearing, and mental health*. *Salud Mental* [online]. s. 283-291 [cit. 2016-05-01]. ISSN 01853325. Dostupné z: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=1de4ab99-ae75-4478-b9d9-baf30888b5fe%40sessionmgr4004&hid=4201>

SAMA, C., 2016. *Clandestine abortion causing uterine perforation and bowel infarction in a rural area: a case report and brief review*. *BMC Research Notes* [online]. s. 1-4 [cit. 2016-05-01] ISSN 17560500. Dostupné z: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=1de4ab99-ae75-4478-b9d9-baf30888b5fe%40sessionmgr4004&hid=4201>

SCHNEIDEROVÁ, M., 2014. *Perioperační péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4414-8.

SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2017. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 2. vydání. Praha: Grada. 280 s. ISBN 978-80-271-0214-3.

SOKAČOVÁ, L., 2006. *Česká republika: něco málo z historie interrupcí*. Dostupné z: <http://www.blisty.cz/2006/1/5/art26365.html> [2006- 01 -05]. online. [cit. 2016-11-10].

ŠVARŤÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0644-6.

TADELE, M., 2017. High Levels of Post-Abortion Complication in a Setting Where Abortion Service Is Not Legalized. *In.: PLOS ONE* [online]. 2017, 14 [cit. 2016-12-25]. DOI: 10.1371/journal.pone.0166287. ISSN 1932-6203. Dostupné z: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=132c88a7-5720-44dc-ad11-65504f19f70f%40sessionmgr4006&vid=7&hid=4201&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc2l0ZT1laG9zdC1saXZlJnNjb3BIPXNpdGU%3d#AN=120597112&db=asn>

UZEL, R., 2008. *Novela interrupčního zákona nahrává podvodným praktikám*. Novinky.cz [online]. [cit. 2017-04-19]. Dostupné z: <https://www.novinky.cz/zena/vztahy-a-sex/139370-radim-uzel-novela-interrupcniho-zakona-nahrava-podvodnym-praktikam.html>

ÚZIS ČR., 2016. *Potraty 2014–2015*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. ISBN 978-80-7472-153-3. ISSN 1210-8642

WEISS, P., 2010. *Sexuologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2492-8.

WENDSCHE, P. et al., 2012. *Perioperační ošetrovatelská péče*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-894-0.

WICHSOVÁ, J. et al., 2013. *Sestra a perioperační péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3754-6.

Women on Waves, © 2015 [online]. [cit. 2017-02-15].

Dostupné z: <http://www.womenonwaves.org/en/page/650/who-are-we>

Zdravotnictví a medicína., 2012. *Z historie interrupcí*. [online]. (13) [cit. 2017-02-15]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/z-historie-interruptci-465427>

8 Seznam příloh a obrázků

8.1 Seznam příloh

Příloha 1 Žádost o umělé přerušeni těhotenství, hlášení potratu a mimoděložního těhotenství

Příloha 2 Umělá přerušeni těhotenství podle rodinného stavu ženy v letech 1960–2015

Příloha 3 Informovaný souhlas – Umělé přerušeni těhotenství v I. trimestru

Příloha 4 Otázky pro rozhovor se ženami

Příloha 5 Otázky pro rozhovor s porodními asistentkami

Příloha 6 Žádost o souhlas respondentek ke spolupráci

Příloha 7 Žádost o souhlas lékaře ke spolupráci

8.2 Seznam obrázků

Obrázek 1 Plod ve 12. týdnu gravidity

Obrázek 2 Miniinterrupce

Obrázek 3 Dilapam S

Obrázek 4 Potrat ve 23. týdnu těhotenství

Obrázek 5 Hnutí pro-life

9 Seznam použitých zkratek

ČR – Česká republika

ČSSR – Československá socialistická republika

hCG – Choriogonadotropin

HbSAg – Hepatitis B surface Antigen

HIV – Human immunodeficiency

Kč – koruna česká

Kčs – koruna československá

KO – krevní obraz'

MZČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

OSVČ – osoba samostatně výdělečně činná

PA – porodní asistentka

PAS – Postabortivní syndrom

RU 486 – Mifegyne, potratová pilulka

SSSR – Svaz sovětských socialistických republik

USA – Spojené státy americké

UUT – umělé přerušení těhotenství

ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistik

WHO – World Health Organization

10 Seznam cizích slov

Decidua – sliznice dělohy na konci sekreční fáze menstruačního cyklu a po celou dobu těhotenství

Embryo – zárodek do 8. týdne těhotenství

Fetus – plod od 8. týdne těhotenství

Gravidita – těhotenství

Infertilita – neplodnost, opakované samovolné potraty u ženy

Interrupce – umělé přerušování těhotenství

Lanugo – jemné chloupky na kůži lidského plodu

Morbidita – nemocnost

Mortalita – úmrtnost

Nauzea – nevolnost, pocit na zvracení

Nidace – zahníždění

Oocyt – ženská pohlavní buňka

Oxytocin – hormon produkující kontrakce děložního svalstva

Sectio caesarea minor – malý císařský řez

Spermie – mužská pohlavní buňka

Sterilita – neplodnost

Tonus – napětí

Uterotonika – látka vyvolávající stahy děložního svalstva užívaná při porodu

World Health Organization – Světová zdravotnická organizace

Zygota – buňka vzniklá spojením vajíčka a spermie

Příloha 1 Žádost o umělé přerušení těhotenství, hlášení potratu a mimoděložního těhotenství (strana 1)

**Žádost o umělé přerušení
těhotenství (UPT), hlášení
potratu a mimoděložního
těhotenství**

Razítko zařízení

	IČO - PČZ	ZZ, kde byl výkon proveden	
	IČO - PČZ	ZZ, které výkon provedlo	
Rodné číslo			
Obec bydliště	Číslo obce		
	Číslo obce s rozšířenou působností		
Zaměstnání (slovně - bez zkratk)		*)	
Rodinný stav	0 - nezjištěn 1 - svobodná 2 - vdaná	3 - rozvedená 4 - vdova 5 - družka	
Příslušnost k EU	1 - ČR 2 - ostatní země EU	3 - země mimo EU	
Vzdělání	1 - základní neukončené 2 - základní ukončené 3 - střední odborné 4 - úplné střední odborné	5 - úplné střední všeobecné 6 - bakalářské 7 - vysokoškolské 9 - nezjištěno	
Počet porodů			
Počet živě narozených dětí			
Počet dosavadních UPT			
Počet dosavadních samovolných potratů			
Druh potratu	1 - samovolný 2 - miniinterupce 3 - jiná legální UPT	4 - ostatní potraty 5 - mimoděložní	
UPT ze zdravotních důvodů	1 - ano 2 - ne	Dg.	
Datum provedení potratu	den, měsíc, rok (DDMMRRRR)		
Stáří plodu v týdnech			
U plodu nad 17 týdnů	a) hmotnost v gramech b) délka v cm	a)	b)
Antikoncepce	1 - hormonální 2 - nitroděložní	3 - jiná 4 - žádná	
Poplatek za UPT se	1 - nestanoví 2 - stanoví		

*) vyplní pracoviště ÚZIS ČR

Příloha 2 Umělá přerušení těhotenství podle rodinného stavu ženy v letech 1960–2015

(Strana 1)

7-8 Umělá přerušení těhotenství podle rodinného stavu ženy v letech 1960-2015
Induced abortions by marital status of female: 1960–2015

Rok Year	Umělá přerušení těhotenství celkem <i>Induced abortions, total</i>	Rodinný stav ženy <i>Marital status of female</i>			Podíl potratů vdaných žen (%) <i>Proportion of married (%)</i>
		svobodná <i>Single</i>	vdaná <i>Married</i>	ostatní ¹⁾ <i>Other¹⁾</i>	
1960	67 550	.	55 896	11 654	82,7
1961	70 062	.	56 416	13 646	80,5
1962	66 031	.	52 991	13 040	80,3
1963	51 470	.	41 794	9 676	81,2
1964	51 524	.	41 331	10 193	80,2
1965	58 554	.	46 679	11 875	79,7
1966	65 818	.	52 248	13 570	79,4
1967	69 850	.	54 913	14 937	78,6
1968	72 488	.	56 128	16 360	77,4
1969	74 263	.	56 875	17 388	76,6
1970	71 893	.	54 466	17 427	75,8
1971	68 652	.	51 179	17 473	74,5
1972	65 079	.	48 474	16 605	74,5
1973	55 898	.	41 571	14 327	74,4
1974	56 969	.	42 882	14 087	75,3
1975	55 511	8 939	41 776	4 796	75,3
1976	56 889	8 164	43 919	4 806	77,2
1977	61 114	7 758	48 277	5 079	79,0
1978	63 904	7 326	51 226	5 352	80,2
1979	64 505	7 632	51 280	5 593	79,5
1980	68 930	7 945	55 126	5 859	80,0
1981	71 574	8 611	56 392	6 571	78,8
1982	74 531	8 979	58 678	6 874	78,7
1983	75 037	9 568	58 395	7 074	77,8
1984	79 534	10 570	61 124	7 840	76,9
1985	83 042	11 250	63 671	8 121	76,7
1986	83 564	11 417	63 596	8 551	76,1
1987	109 626	16 953	82 640	10 033	75,4
1988	113 730	17 845	85 517	10 368	75,2
1989	111 683	17 147	84 139	10 397	75,3
1990	111 268	18 533	82 443	10 292	74,1
1991	106 042	18 042	78 173	9 827	73,7
1992	94 180	17 792	67 397	8 991	71,6
1993	70 634	15 417	48 086	7 131	68,1
1994	54 836	12 733	35 927	6 176	65,5
1995	49 531	12 004	31 686	5 841	64,0
1996	48 086	12 767	29 346	5 973	61,0
1997	45 022	12 641	26 726	5 655	59,4
1998	42 959	12 910	24 487	5 562	57,0
1999	39 382	12 095	22 219	5 068	56,4
2000	34 623	11 246	18 693	4 684	53,7
2001	32 528	11 016	17 130	4 382	52,7
2002	31 142	11 053	15 716	4 373	50,5
2003	29 298	10 852	14 404	4 042	49,2
2004	27 574	10 551	13 011	4 012	47,2

Příloha 2 Umělá přerušení těhotenství podle rodinného stavu ženy v letech 1960–2015
(Strana 2)

7-8 Umělá přerušení těhotenství podle rodinného stavu ženy v letech 1960-2015
Induced abortions by marital status of female: 1960–2015

Rok Year	Umělá přerušení těhotenství celkem <i>Induced abortions, total</i>	Rodinný stav ženy <i>Marital status of female</i>			Podíl potratů vdaných žen (%) <i>Proportion of married (%)</i>
		svobodná <i>Single</i>	vdaná <i>Married</i>	ostatní ¹⁾ <i>Other¹⁾</i>	
2005	26 453	10 646	11 901	3 906	45,0
2006	25 352	10 552	11 042	3 758	43,6
2007	25 414	11 016	10 716	3 682	42,2
2008	25 760	11 562	10 556	3 642	41,0
2009	24 636	11 271	9 873	3 492	40,1
2010	23 998	11 283	9 296	3 419	38,7
2011	24 055	11 693	8 993	3 369	37,4
2012	23 032	11 566	8 385	3 081	36,4
2013	22 714	11 883	7 774	3 057	34,2
2014	21 893	11 604	7 459	2 830	34,1
2015	20 403	11 067	6 687	2 649	32,8


¹⁾ Před rokem 1975 včetně rodinného stavu "svobodná".

¹⁾ Up to 1975 including 'single'.

Zdroj: Český statistický úřad, 2016. Umělá přerušení těhotenství podle rodinného stavu ženy v letech 1960-2015. Dostupné z: [https://www.czso.cz/csu/czso/demograficka-prirucka-](https://www.czso.cz/csu/czso/demograficka-prirucka-2015?p_p_id=3&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_3_struts_action=%2Fsearch%2Fsearch&_3_redirect=%2Fweb%2Fczso%2Fcatalog-produktu-vydavame&_3_keywords=Um%C4%9B1%C3%A1+p%C5%99eru%C5%A1en%C3%AD+t%C4%9Bhotenstv%C3%AD+podle+rodinn%C3%A9ho+stavu+%C5%BEeny+v+letech+1960-2015+&_3_groupId=0)

[2015?p_p_id=3&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_3_struts_action=%2Fsearch%2Fsearch&_3_redirect=%2Fweb%2Fczso%2Fcatalog-produktu-vydavame&_3_keywords=Um%C4%9B1%C3%A1+p%C5%99eru%C5%A1en%C3%AD+t%C4%9Bhotenstv%C3%AD+podle+rodinn%C3%A9ho+stavu+%C5%BEeny+v+letech+1960-2015+&_3_groupId=0](https://www.czso.cz/csu/czso/demograficka-prirucka-2015?p_p_id=3&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_3_struts_action=%2Fsearch%2Fsearch&_3_redirect=%2Fweb%2Fczso%2Fcatalog-produktu-vydavame&_3_keywords=Um%C4%9B1%C3%A1+p%C5%99eru%C5%A1en%C3%AD+t%C4%9Bhotenstv%C3%AD+podle+rodinn%C3%A9ho+stavu+%C5%BEeny+v+letech+1960-2015+&_3_groupId=0)

Příloha 3 Informovaný souhlas – Umělé přerušení těhotenství v I. trimestru (strana 1)

Informovaný souhlas Umělé přerušení těhotenství v I. trimestru	 NEMOCNICE JABLONEC NAD NISOU, p. o.
---	---

Zdravotnické zařízení: **Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o.**

Pracoviště: **Gynekologicko – porodnické oddělení**

Pacientka

Jméno, příjmení, datum narození

Označení zdravotního výkonu: **UMĚLÉ PŘERUŠENÍ TĚHOTENSTVÍ V I. TRIMESTRU**

Vážená paní,

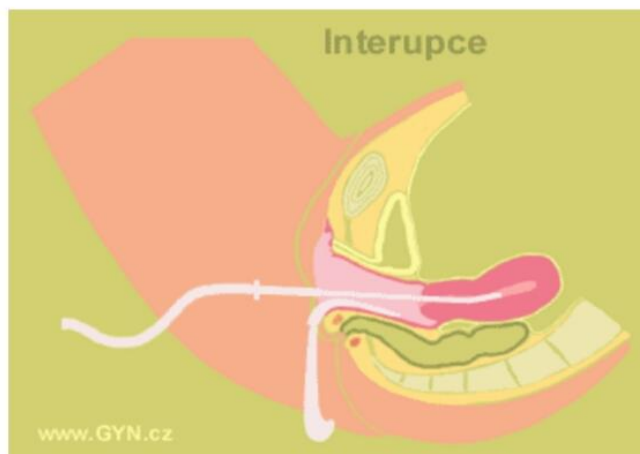
Na základě Vaší žádosti nebo ze zdravotních důvodů Vám bude provedeno umělé přerušení těhotenství. Chtěli bychom Vám proto poskytnout informace, které by prohloubily Vaše vědomosti o plánovaném výkonu.

Operační postup:

Podstatou operace je vybavení obsahu dutiny děložní.

Operace se provádí v celkové narkóze. Přístup k dutině děložní je přes pochvu. Obsah dutiny děložní je vybaven odsáním nebo kyretou. Doba trvání je 10-15 minut.

Příloha 3 Informovaný souhlas – Umělé přerušování těhotenství v I. trimestru (strana 2)



Komplikace:

Žádné pracoviště ani lékař vám nemůže zaručit ideální a nekomplikovaný průběh operace. Všeobecné komplikace provázející operační výkony jsou díky pokroku v medicíně velmi řídké. Patří mezi ně např.: „trombóza“ (tvorba krevních sraženin, např. v dolních končetinách), „embolie“ (uzavření žil krevní sraženinou, nejčastěji v plicích), krvácení během operace nebo po operaci. I přes pečlivou operační techniku může dojít během operace k poškození dělohy nebo většímu krvácení, které si vyžádá rozšíření stávajícího operačního výkonu s dalšími možnými komplikacemi. I v této výjimečné situaci je naší snahou zachování všech vnitřních orgánů. Po tomto výkonu nelze vyloučit ani vznik zánětu ženských reprodukčních orgánů, který by mohl mít za následek sterilitu (= nemožnost spontánně otěhotnět). Další možné komplikace mohou vzniknout při podání narkózy a budou Vám vysvětleny lékařem- anesteziologem.

Po výkonu:

Nejméně 14 dnů po výkonu byste měla dodržovat pohlavní abstinenci a zvýšenou hygienu zevních rodidel. První menses se po výkonu dostaví za 4-6 týdnů.

Podpis lékaře, který poučení provedl:

.....

Prohlášení pacientky:

Prohlašuji a svým dále uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měla jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl.

Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení plně porozuměla a výslovně souhlasím s provedením zdravotního výkonu umělého přerušování těhotenství.

Příloha 3 Informovaný souhlas – Umělé přerušování těhotenství v I. trimestru (strana 3)

Současně prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví souhlasím s tím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně mého života nebo zdraví.

V Jablonci nad Nisou dne:

Vlastnoruční podpis pacientky
event. zákonného zástupce nebo svědků

Zdroj: Nemocnic Jablonec nad Nisou.

Dostupné z: <http://www.nemjbc.cz/cs/oddeleni/gynekologicko-porodnicke-oddeleni/informace-pro-pacienty/informovane-souhlasy.html>

Příloha 4 Otázky pro rozhovor se ženami

Identifikační údaje:

1. Jaký je váš věk?
2. Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání?
3. Jaká je Vaše profese?
4. Jaký je Váš rodinný stav?

Otázky vztahující se k tématu interrupce a její následky:

5. Co si představujete pod pojmem interrupce?
6. Jaké druhy interrupce znáte?
7. Jaké komplikace či negativní následky interrupce znáte?
8. Jaké znáte metody ochrany před nechtěným těhotenstvím?
9. Jak jsou dle vašeho názoru ženy informované o interrupci a její problematice?
10. Kde podle vás mohou ženy získat kvalitní informace o interrupci a její problematice?
11. Jak nahlížíte na etickou problematiku interrupce?
12. Kdy se podlé Vás stává plod živým člověkem?
13. Přikláníte se spíše k hnutí pro-life, nebo pro-choice?
14. Jaký máte názor na spolurozhodování partnerů žen o interrupci?
15. V jakém případě byste eventuálně vy sama podstoupila interrupci?

Zdroj: Vlastní

Příloha 5 Otázky pro rozhovor s porodními asistentkami

Identifikační údaje:

1. Jaký je váš věk?
2. Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání?
3. Jak dlouho pracujete jako porodní asistentka v gynekologicko-porodnické ambulanci?

Otázky vztahující se k tématu interrupce a její následky:

4. Jak byste definovala pojem interrupce?
5. S jakými komplikacemi či negativní následky interrupce se u žen nejčastěji setkáváte?
6. Jakým způsobem edukujete ženy o interrupci a jejích následcích?
7. Kde podle vás mohou ženy získat kvalitní informace o interrupci a její problematice?
8. V jakém věku a jakým způsobem je podle Vás vhodné začít s edukací žen/dívek o interrupci a jejích následcích či komplikacích?
9. Jaké metody ochrany před nechtěným těhotenstvím ženám doporučujete?
10. Jaký postoj, podle Vás, zauímají ženy k interrupci? (Využívají interrupci jako antikoncepci, nebo k ní přistupují v krajní nouzi?)
11. Co podle Vás zahrnuje péče porodní asistentky o ženu při interrupci?
12. Jak nahlížíte na etickou problematiku interrupce?
13. Jaký máte názor na spolurozhodování partnerů žen o interrupci?

Zdroj: Vlastní

Příloha 6 Žádost o souhlas respondentek ke spolupráci

Vážená respondentko,

jmenuji se Martina Rozmilerová a jsem studentkou třetího ročníku bakalářského studijního programu Porodní asistence na ZSF JČU v Českých Budějovicích. Touto formou bych Vás chtěla požádat o spolupráci za účelem sběru dat pro výzkumnou část bakalářské práce na téma Interrupce a její následky.

Se získanými daty bude zacházeno dle platných etických norem a bude zachována jejich anonymita.

Děkuji za Váš čas a ochotu.

V Českých Budějovicích dne.....

Podpis.....

Podpis studentky.....

Zdroj: Vlastní

Příloha 7 Žádost o souhlas lékaře ke spolupráci

Vážený pane doktore/ paní doktorko,

jmenuji se Martina Rozmilerová a jsem studentkou třetího ročníku bakalářského studijního programu Porodní asistence na ZSF JČU v Českých Budějovicích. Touto formou bych Vás chtěla požádat o spolupráci za účelem sběru dat pro výzkumnou část bakalářské práce na téma Interrupce a její následky.

Se získanými daty bude zacházeno dle platných etických norem a bude zachována jejich anonymita.

Děkuji za Váš čas a ochotu.

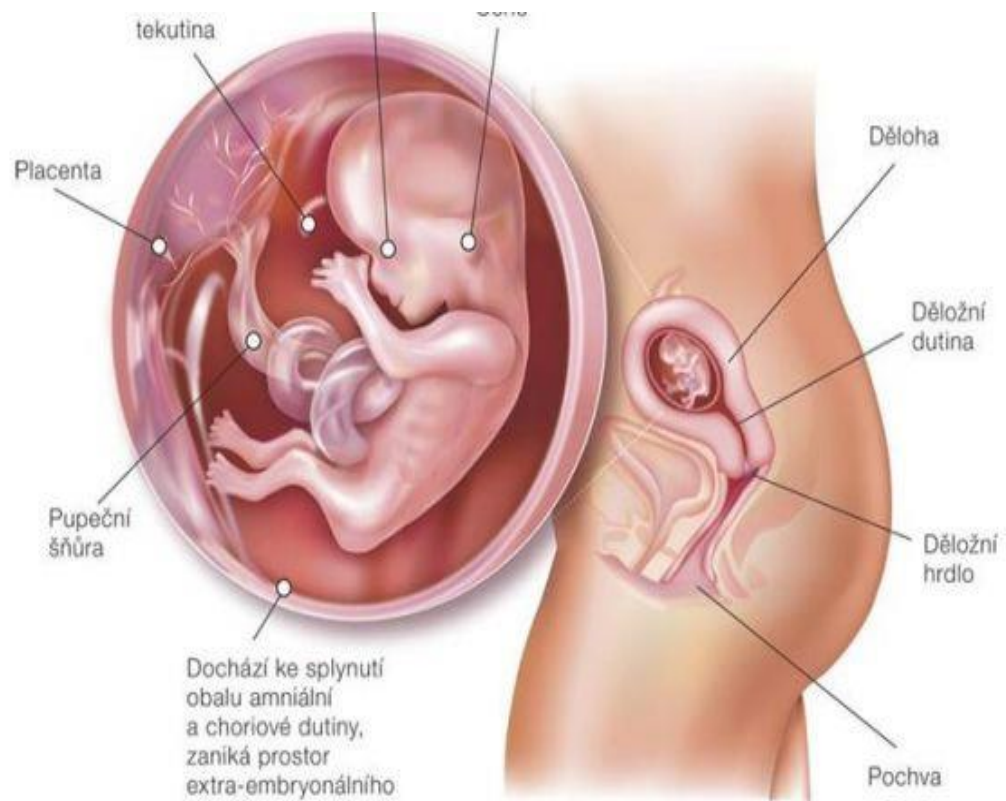
V Českých Budějovicích dne.....

Podpis.....

Podpis studentky.....

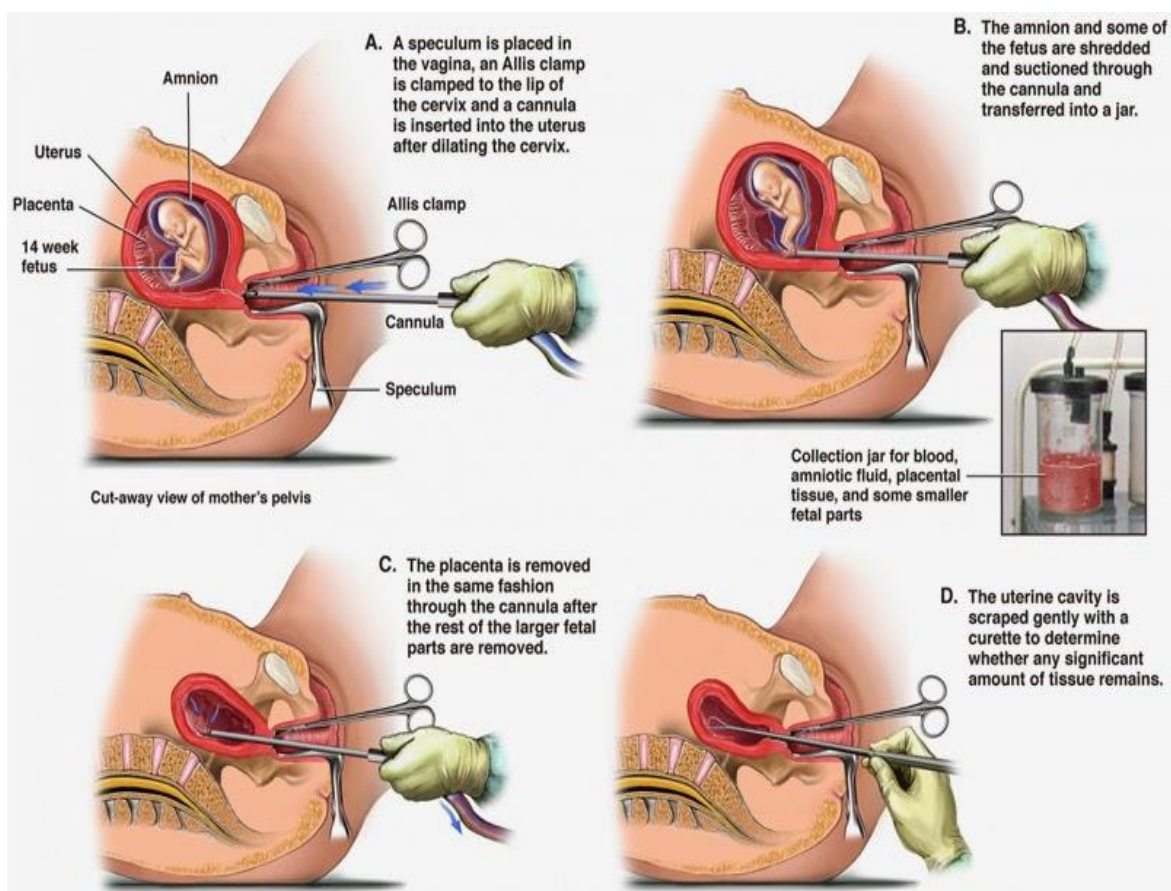
Zdroj: Vlastní

Obrázek 1 Plod ve 12. týdnu gravidity



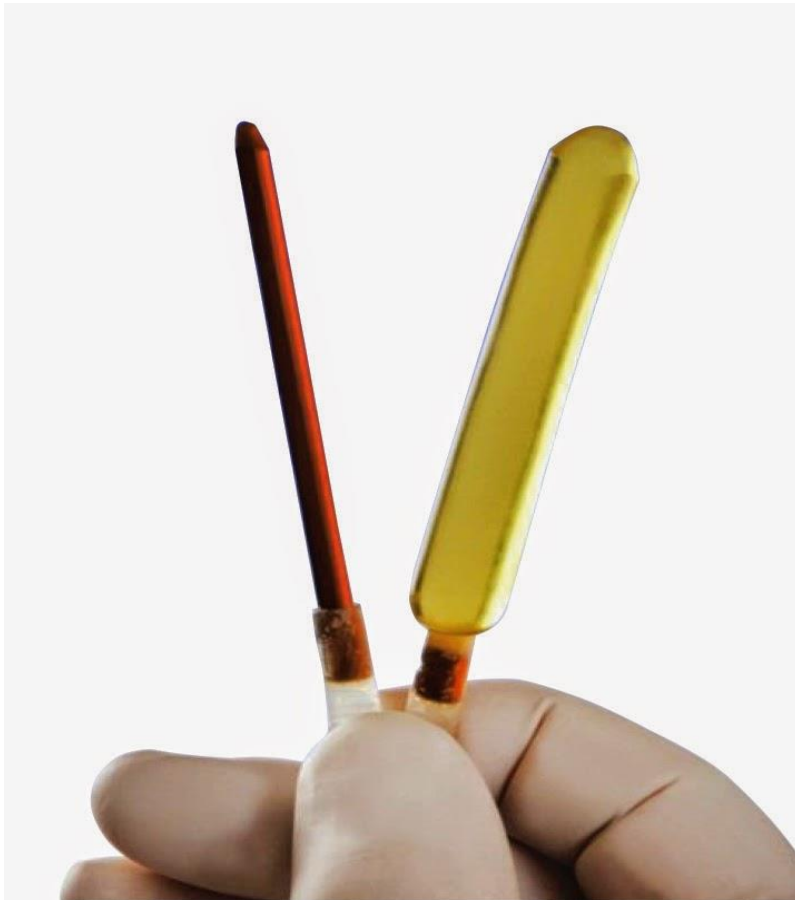
Zdroj: Gyn meda. © 2015. *Interupce, miniinterupce, umělé přerušeni těhotenství.* [online]. [cit. 2017-05-15]. Dostupné z: <http://www.gynmeda.cz/interupce-miniinterupce-potrat-preruseni-tehotenstvi>

Obrázek 2 Miniinterrupce



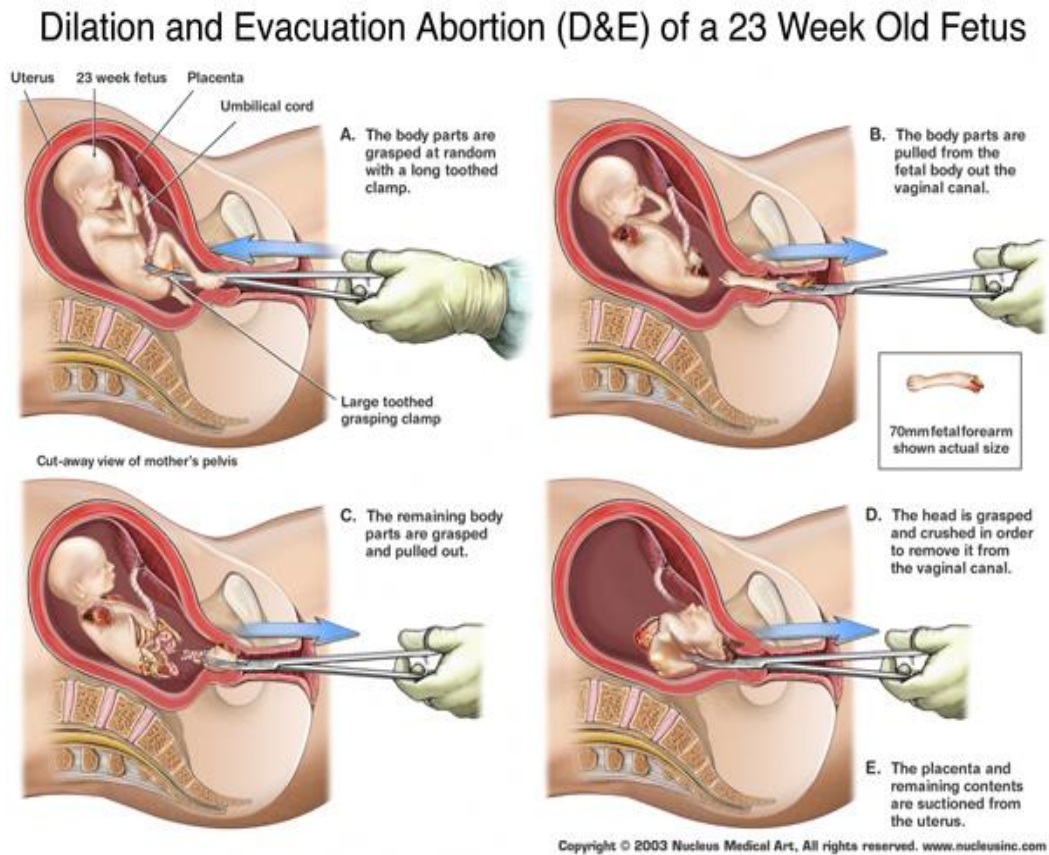
Zdroj: Gyn meda. © 2015. *Interupce, miniinterupce, umělé přerušeni těhotenství.* [online]. [cit. 2017-05-15]. Dostupné z: <http://www.gynmeda.cz/interupce-miniinterupce-potrat-preruseni-tehotenstvi>

Obrázek 3 Dilapam S



Zdroj: Neomedica. Dostupné z:<http://neomedica-bg.com/urology/>

Obrázek 4 Potrat ve 23. týdnu těhotenství



Zdroj: Gyn meda. © 2015. *Interupce, miniinterupce, umělé přerušení těhotenství.* [online]. [cit. 2017-05-15]. Dostupné z: <http://www.gynmeda.cz/interupce-miniinterupce-potrat-preruseni-tehotenstvi>

Obrázek 5 Hnutí pro-life



Zdroj: Chicago Tribune. Dostupné z:
https://www.google.cz/search?q=pro+life&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwiHsaDOrP7UAhVCD5oKHaLvBi0Q_AUIBigB&biw=1180&bih=546#imgrc=SGzdwU4GKsDwaM: