

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2022

Sandra Kaslová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Porodní asistence B0913P360005

Sandra Kaslová

PROBLEMATIKA UMĚLÉHO UKONČENÍ TĚHOTENSTVÍ

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Kristina Janoušková, Ph.D.

PLZEŇ 2022

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně a všechny použité prameny jsem uvedl/a v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 30. 3. 2022.

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Sandra Kaslová

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Problematika umělého ukončení těhotenství

Vedoucí práce: PhDr. Kristina Janoušková, Ph.D.

Počet stran – číslované: 76

Počet stran – nečíslované: 29

Počet příloh: 2

Počet titulů použité literatury: 35

Klíčová slova: potrat – interrupce – porodní asistentka – informovanost žen

Souhrn:

Tato bakalářská práce je zaměřena na problematiku umělého ukončení těhotenství. Teoretická část je rozdělena na dvě velké kapitoly. V první kapitole jsou popsány metody interrupce, komplikace a rizika spojené s interrupcí, psychická problematika a péče porodní asistentky. Druhá kapitola se zabývá etickou problematikou interrupce. Zde je popsána historie umělého ukončení těhotenství, legislativa, postavení náboženství a vybraných zemí k této problematice. V praktické části této bakalářské práce zjišťovány znalosti v oblasti problematiky umělého ukončení těhotenství u žen v reprodukčním věku 18 – 45 let pomocí kvantitativního výzkumu prostřednictvím nestandardizovaného dotazníku. Ve výzkumu bylo zjištěno, že většina žen má kvalitní informace v problematice interrupcí. V závěru práce jsou uvedeny získané poznatky.

Abstract

Surname and name: Sandra Kaslová

Department: Department of Nursing and Midwifery

Title of thesis: Issues of artificial termination of pregnancy

Consultant: PhDr. Kristina Janoušková, Ph.D.

Number of pages – numbered: 76

Number of pages – unnumbered: 29

Number of appendices: 2

Number of literature items used: 35

Keywords: abortion – interruption – midwife – awareness of women

Summary:

This bachelor thesis is focused to the issue of abortion. The theoretical part is divided into two major chapters. The first chapter describes the methods of abortion, complications and risks associated with abortion, psychological issues and the care of midwives. The second chapter deals with the ethical issues of abortion. Here is described the history of abortion, legislation, the position of religions and selected countries on this issue. In the practical part of this bachelor's thesis, knowledge in the field of abortion in women of reproductive age 18 – 45 years is assessed using quantitative research through a non-standardized questionnaire. The research found that most women have quality information on abortions. At the end of the work are the findings.

Poděkování

Ráda bych poděkovala PhDr. Kristině Janouškové, Ph.D. za odborné vedení práce, poskytování materiálních podkladů, odborných rad a za její trpělivost, ochotu a pomoc při zpracování bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentům za vyplnění mého dotazníku, bez kterého by praktická část bakalářské práce nemohla být sestavena. Na závěr bych také chtěla poděkovat celé mojí rodině za obrovskou podporu při celém studiu.

OBSAH

OBSAH.....	7
SEZNAM GRAFŮ	9
SEZNAM TABULEK	10
SEZNAM ZKRATEK	11
ÚVOD.....	12
TEORETICKÁ ČÁST.....	13
1 INTERRUPTCE OBECNĚ.....	13
1.1 Potrat	13
1.1.1 Samovolný potrat.....	13
1.1.2 Indukovaný potrat.....	14
1.2 Metody interrupce	14
1.2.1 Farmakologické ukončení těhotenství.....	14
1.2.2 Miniinterrupce	16
1.2.3 Klasický instrumentální potrat.....	16
1.2.4 Umělé ukončení těhotenství z genetických důvodů	17
1.3 Zdravotní rizika a komplikace	19
1.3.1 Běžné komplikace.....	19
1.3.2 Časně komplikace.....	20
1.3.3 Pozdní komplikace	20
1.4 Psychologická problematika	21
1.4.1 Postabortivní syndrom.....	22
1.5 Péče porodní asistentky	23
1.5.1 Ošetrovatelská péče o ženu před interrupcí.....	23
1.5.2 Ošetrovatelská péče o ženu po interrupci	24
2 ETICKÁ PROBLEMATIKA INTERRUPTCE.....	26
2.1 Historie interrupce	26
2.1.1 Dějiny	26
2.1.2 Vývoj interrupce v ČR.....	27
2.2 Etický pohled na interrupci.....	28
2.3 Legislativa interrupce v ČR	30
2.4 Potraty a náboženství	30
2.5 Nelegální potraty.....	32
2.6 Postavení vybraných zemí k interrupci.....	32
2.6.1 Polsko	32
2.6.2 Velká Británie.....	33

2.6.3	Island	34
	PRAKTICKÁ ČÁST	35
3	FORMULACE PROBLÉMU	35
4	CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY/PROBLÉMY	36
4.1	Hlavní cíl.....	36
4.2	Dílčí cíle a výzkumné otázky/problémy	36
5	CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU	38
6	METODIKA PRÁCE	39
7	ORGANIZACE VÝZKUMU	40
8	ZPRACOVÁNÍ DAT	41
9	ANALÝZA ÚDAJŮ	42
10	PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ.....	75
	DISKUZE	83
	ZÁVĚR.....	88
	SEZNAM LITERATURY	89
	SEZNAM PŘÍLOH	93
	PŘÍLOHY	94

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Kolik je Vám let?	42
Graf 2: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?.....	43
Graf 3: Jaký je Váš rodinný stav?.....	44
Graf 4: Máte děti?.....	45
Graf 5: Farmakologické ukončení těhotenství lze provést:	47
Graf 6: Jaké z tvrzení platí pro farmakologické ukončení těhotenství?	48
Graf 7: Do kolikátého týdne těhotenství může žena podstoupit umělé ukončení těhotenství na vlastní žádost?.....	49
Graf 8: Do kolikátého týdne těhotenství může žena podstoupit umělé ukončení těhotenství ze zdravotní indikace?	50
Graf 9: Pokud žena podstoupila interrupci, po jaké době může znovu zahájit pohlavní styk?	52
Graf 10: Myslíte si, že interrupce může mít negativní vliv na další těhotenství?	53
Graf 11: Víte, co je to postabortivní syndrom?	55
Graf 12: V jakém rozmezí se pohybuje cena za umělé ukončení těhotenství na vlastní žádost do 12. týdne těhotenství?.....	57
Graf 13: Které komplikace v důsledku interrupce patří mezi komplikace časně?	58
Graf 14: Které komplikace v důsledku interrupce patří mezi komplikace pozdní?	59
Graf 15: Kde jste získala informace o umělém ukončení těhotenství?	60
Graf 16: Máte dostatek informací o problematice umělého ukončení těhotenství?	61
Graf 17: Možnost interrupce bych v okamžiku nechtěného těhotenství:	67
Graf 18: Z jakých důvodů byste Vy podstoupila umělé ukončení těhotenství?	68
Graf 19: Z jakých důvodů byste Vy nepodstoupila umělé ukončení těhotenství?	69
Graf 20: Byl by u Vás věk hlavním rozhodujícím faktorem k podstoupení interrupce?.....	70
Graf 21: Je podle Vás správné, aby žena rozhodovala o životě plodu?	73
Graf 22: Myslíte si, že je interrupce legální ve všech státech?.....	74

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Jaké znáte metody umělého ukončení těhotenství?.....	46
Tabulka 2: Jaké podle Vás mohou nastat komplikace či rizika v důsledku interrupce?	51
Tabulka 3: Jaké může mít dle Vašeho názoru interrupce psychické následky?	54
Tabulka 4: Pokud jste odpověděla ano, krátce postabortivní syndrom popište.....	56
Tabulka 5: Pokud jste odpověděla ne, o čem byste se ráda dozvěděla více?	62
Tabulka 6: Pokud jste v předchozí otázce odpověděla ano, proč?	71

SEZNAM ZKRATEK

- CNS centrální nervová soustava
- ČR..... Česká republika
- hCG lidský choriový gonadotropin
- UPT umělé přerušování těhotenství
- UUT umělé ukončení těhotenství

ÚVOD

Aktuálně je v dnešní době interrupce velmi rozebíraným tématem plným odlišných názorů. Jinak je interrupce brána z pohledu matky a jinak z pohledu nenarozeného plodu (Hach, 2013, s. 8-12). To vede k zamyšlení a diskuzi nad touto problematikou. Interrupce zasahuje nejen do roviny medicínské, ale i právní, etické či psychologické. Zákony o potratech se ve světě liší. Omezující zákony neodrazují ženy od potratů, ale často vedou k nebezpečným praktikám. Septický potrat je častou příčinou úmrtí matek téměř vždy po nebezpečném potratu, a lze mu do značné míry předejít (Eshre, 2017, s. 1160-1169).

Pro výběr tohoto tématu jsme se rozhodli na základě řešené problematiky umělého ukončení těhotenství v Polsku a v dalších zemích, kde žena o svém těhotenství nemůže svobodně rozhodnout. Další intervencí pro nás bylo uvědomění, že se v dnešní době o interrupci vůbec nemluví a je stále tématem, na které většina lidí hledí přes prsty. Edukace mladých dívek ohledně nechtěného těhotenství a o tom, jak mu předcházet, je velmi žádoucí.

V teoretické části této práce se zabýváme interrupcí z několika pohledů. Rozebíráme interrupci jako celek – co je to potrat, jaké jsou metody interrupce, jaká mohou nastat rizika či komplikace. Dále se práce zaměřuje na psychickou stránku ženy spojenou s interrupcí a na ošetrovatelskou péči porodní asistentky. V neposlední řadě je v práci rozebrána historie potratů, etická problematika, vliv náboženství a postoj různých států k interrupci.

Hlavním cílem této bakalářské práce je zjistit, jakým způsobem jsou ženy informovány o problematice umělého ukončení těhotenství.

Do bakalářské práce byly využity knižní zdroje z Knihovny zdravotnických studií v Plzni a elektronické knižní zdroje z internetové stránky Bookport. Dále byly použity zdroje z časopisů na internetových stránkách a internetové zdroje, které byly hledány za pomoci klíčových slov. Všechny potřebné zdroje jsme si hledali sami.

TEORETICKÁ ČÁST

1 INTERRUPCE OBECNĚ

Zárok, při kterém je uměle ukončeno těhotenství před dosažením životaschopnosti plodu, se nazývá interrupce. Tento výkon můžeme sledovat již v dávné historii a napříč dějinami. Provedení umělého přerušení těhotenství je v každé zemi jiné a upravené zákonem. Interrupce se provádí několika metodami, které jsou podmíněné stářím těhotenství a vždy by měla probíhat ve zdravotním zařízení. Interrupce je možná i v případě znásilnění či incestu. Problematika umělého přerušení těhotenství zahrnuje řadu etických, náboženských i společenských předsudků a otázek (Koliba, Weiss a Němec, 2019, s. 85).

1.1 Potrat

„Potratem rozumíme vypuzení plodu a ostatních částí plodového vejce před tím, než plod dosáhne viability. V současné době je tato hranice stanovena na hmotnost plodu pod 500g.“ (Binder, 2011, s. 88).

„Potratem se rozumí plod, který po úplném vypuzení nebo vynětí z těla matky neprojevuje ani jednu ze známek života a jehož porodní hmotnost je nižší než 500g, nebo pokud hmotnost nelze zjistit, jestliže je těhotenství kratší než 22 týdnů.“ (Hájek, Čech, Maršál a kolektiv, 2014, s. 240).

1.1.1 Samovolný potrat

Abortus spontaneus neboli spontánní potrat je samovolné ukončení těhotenství v prvním trimestru do 12. týdne těhotenství. Podle dokumentace a diagnostiky je v populaci ztráta v prvním trimestru běžný jev. Jde ve skutečnosti o nejčastější komplikaci v těhotenství. Období vitality plodu nedosáhne zhruba 70% lidských koncepcí. Až 50% případů dojde k potracení ještě před menstruačním cyklem, kde většina těchto těhotenství není vůbec diagnostikována. Spontánní potrat se nejčastěji vyskytuje u mladých žen do 19 let, nebo naopak u žen starších nad 35 let. Vyšší pravděpodobnost samovolného potratu bude u žen, které již jednou samovolně potratily (Roztočil, 2011, s. 204). Defektní plodové vejce a mateřské příčiny jsou nejčastější příčiny spontánního potratu (Hájek, Čech, Maršál a kolektiv, 2014, s. 240).

1.1.2 Indukovaný potrat

Indukovaný potrat, je umělé přerušení těhotenství na vlastní žádost pacientky. Může se provést i ze zdravotní indikace matky, kam nejčastěji řadíme závažná celková onemocnění, maligní nádory či psychiatrické choroby. Umělé ukončení těhotenství ze zdravotní indikace ze strany plodu se nejčastěji provádí u prokázaného postižení plodu genetickým onemocněním nebo infekcí (Hájek, Čech, Maršál a kolektiv, 2014, s. 240). Frekvence tohoto zákroku, by měla klesat s preventivním používáním metod antikoncepce v populaci. Odrazem antikoncepční vyspělosti státu či regionu je poměr uživatelů moderní antikoncepce a počtu odvedených interrupcí. Nízký počet interrupcí a vysoké procento uživatelů antikoncepčních metod ve fertilním věku mají státy s úspěšným plánováním rodičovství (Roztočil, 2011, s. 210).

V dnešní době máme mnoho indikací k ukončení těhotenství. Nejčastější indikací k umělému přerušení těhotenství je tzv. eugenetická indikace. Jde o vyvolání potratu v důsledku vadné genetické informace, převážně u vad, které nejsou slučitelné se životem. Kriminologická indikace je provedení potratu u těhotenství, jenž vznikl znásilněním nebo incestem. K provedení potratu z velké ekonomické či sociální zátěže pro matku nebo celou rodinu slouží sociální indikace. Lékařská indikace se provádí v případě ohrožení života ženy (Koliba, Weiss a Němec, 2019, s. 91)

1.2 Metody interrupce

V dnešní medicíně je několik různých způsobů umělého ukončení těhotenství - UUT. Nejčastějšími faktory, dle kterých vybíráme určitou metodu UUT, jsou délka těhotenství, parita, lokální nález a celkový zdravotní stav ženy. Před provedením UUT podstoupí žena základní interní vyšetření. Dále se provádí bimanuální palpační gynekologické vyšetření, kterým zjišťujeme uložení, tvar a velikost dělohy a pevnost děložního hrdla. Nakonec objektivně zhodnotíme délku trvání těhotenství ultrazvukovou biometrií a prokazujeme lokalitu plodového vejce v děložní dutině (Hájek, Čech, Maršál a kolektiv, 2014, s. 462). Interrupce za použití moderních metod byla rozsáhle studována a ve všech situacích je bezpečnější než pokračování v nechtěném těhotenství (Eshre, 2017, s. 1160-1169).

1.2.1 Farmakologické ukončení těhotenství

V minulém století počátkem 80. let byla ve Francii vyvinuta látka s antiprogesternovým účinkem, dnes známá jako „potratová pilulka“ pod označením RU-486. Bohužel proti dalšímu rozšíření této pilulky bránily etické, právní i náboženské

výhrady. V USA byla tato pilulka legalizována v roce 2000 a v současnosti je registrována ve více než 25 státech, s výjimkou např. Austrálie, kde je zakázána (Hájek, Čech, Maršál a kolektiv, 2014, s. 462).

Na vlastní žádost ženy lze UUT v České republice provést v I. trimestru farmakologickou metodou a to do 49. dne od začátku poslední menstruace, dle zvláštních předpisů a na základě rozhodnutí či doporučení lékaře (Strašilová, 2016, s. 381). V dnešní době jsou k dispozici citlivé těhotenské testy z moči, u kterých je možný pozitivní výsledek již za 12 až 14 dní po oplození (Čepický, 2018, s. 173-174). Léčebné přípravky pro tuto metodu, které se podávají perorálně, jsou v České republice od červa roku 2014. Jde o šetrnější a bezpečnější variantu umělého ukončení těhotenství z medicínského hlediska. Podání léčebného přípravku vždy vyžaduje následnou léčbu ve zdravotnickém prostředí, které poskytuje zdravotní služby formou lůžkové péče (Strašilová, 2016, s. 381).

V den příjmu pacientky, který označujeme jako den 0., podáváme pacientce jednu perorální dávku léčebného přípravku s obsahem účinné látky, jenž je antiprogesteron. Před iniciativním krokem, jsme povinni ženě nabídnout analgetikum. Nejčastěji se podávají nesteroidní antiflogistika s obsahem ibuprofenu jednu hodinu před podáním léčebného přípravku. Následně pacientka zůstává ve zdravotnickém zařízení, z důvodu možného nežádoucího účinku. S odstupem 36 – 48 hodin, druhý pooperační den, podáváme jednu perorální dávku s obsahem léčebné dávky prostaglandinu E1. Žena opět zůstává ve zdravotnickém zařízení, neboť se ve většině případů objevuje zvracení, které by mohlo vést ke snížení účinnosti. V tomto případě se doporučuje podat novou perorální tabletu. S odstupem 14 – 21 dnů od podání první perorální tablety, by měla žena podstoupit kontrolní ultrazvukové vyšetření k potvrzení kompletního vypuzení plodového vejce z dutiny děložní. Eventuelně lze sledovat i hladinu hCG – lidského choriového gonadotropinu v séru (Strašilová, 2016, s. 388).

Nevýhodou farmakologické metody jsou velice bolestivé kontrakce děložní, křeče nebo déletrvající krvácení, které vyžaduje observaci na lůžku (Strašilová, 2016, s. 381). U této metody jsou hlavním prostředkem pro úlevu od bolesti perorální nesteroidní protizánětlivé léky (Eshre, 2017, s. 1160-1169). Přibližně v 1-2% případů dochází k nevnímavosti účinné látky a dochází tak k nezdařilému pokusu o farmakologické UUT, proto by měla být pacientce doporučena chirurgická revize dutiny děložní. Cena za provedení farmakologického ukončení těhotenství je různá, neboť si ji stanovují

zdravotnická zařízení individuálně bez legislativního omezení. V současné době není v ČR stanoven mechanismus úhrady z prostředků veřejného zdravotního pojištění, a proto si výkon musí hradit sama pacientka (Strašilová, 2016, s. 381). Dle Hájka (Čech, Maršál a kolektiv, 2014, s. 462) je kontraindikací k použití farmakologického UUP těžké asthma, porucha funkce nadledvinek, dědičná porfyrie, některé srdeční onemocnění, onemocnění jater a ledvin, poruchy srážlivosti krve nebo anémie.

1.2.2 Miniinterrupce

Miniinterrupci neboli vakuumaspirace může podstoupit žena do 8. týdne těhotenství od poslední menstruace. Provádí se ambulantně v gynekologické poloze s krátkodobou nitrožilní anestézií. K výkonu žena přichází nalačno a vymočená. Výkon začíná desinfekcí zevních rodidel. Dále se zavedou do pochvy gynekologická zrcadla, ve kterých se fixuje děložní hrdlo jednozubými americkými kleštěmi. Následuje sondáž obsahu dělohy, po které se postupně děložní hrdlo dilatuje. Nejčastěji se využívají kovové Hegerovy dilatátory a to většinou do průměru nejméně o 1-2 mm většího, než je průměr plastové vakuumaspirační kyrety. Pod tlakem systematicky odsáváme plodové vejce a decidua. Po dokončení aspirace by se měla provést revize děložní dutiny malou tupou kyretou. Pokud nenastanou komplikace, odchází žena přibližně 2 hodiny po výkonu domů. Většina UUT v ČR je prováděna tímto způsobem (Hájek, Čech, Maršál a kolektiv, 2014, s. 462).

1.2.3 Klasický instrumentální potrat

Klasický instrumentální potrat se provádí v celkové anestezii, kdy je žena krátkodobě hospitalizována ve zdravotnickém zařízení. Tuto metodu můžeme využít do 12. týdne gravidity. Příprava je obdobná jako u výkonu miniinterrupce, liší se pouze v dilataci děložního hrdla, která je větší, přiměřeně k velikosti těhotenství. Děložní obsah se vyprazdňuje systematicky tupou kyretou. Při těhotenství starém nad 10. týdnů se vedle kyrety také využívají potratové kleště k vybavení větších uvolněných částí plodového vejce. U těchto starších gravidit je vhodné před výkonem připravit děložní hrdlo. K tomu se nejčastěji využívají prostaglandiny ve formě vaginálních tablet anebo ve formě vaginálního gelu. Následně je vhodná aplikace uterotinik – konkrétně Oxytocinu, jenž zlepšuje zavinování dělohy po výkonu a snižuje krevní ztráty. Po výkonu je nutné měření vitálních funkcí – tlaku, pulzu, teploty a sledujeme krvácení, či jestli žena nezvrací. Po uplynutí 2 hodin po výkonu se ženou porodní asistentka vstane a doprovodí ženu na toaletu, Je také důležité, aby se žena po výkonu vymočila (Procházka, 2020, s.599-600).

Tentýž den v odpoledních hodinách je většinou žena propuštěna do domácího prostředí, ale několik dnů by měla dodržovat klidový režim na lůžku (Hájek, Čech, Maršál a kolektiv, 2014, s. 463).

1.2.4 Umělé ukončení těhotenství z genetických důvodů

V České republice je možno provést interrupci do 12. týdne těhotenství. Těhotenství lze ukončit i do 24. týdne těhotenství, pokud je prokázáno vysoké genetické riziko závažného postižení pro plod. Po 24. týdnu těhotenství lze ukončit graviditu pouze, ze tří důvodů. Mezi tyto důvody patří ohrožení života ženy, je-li prokázáno těžké poškození plodu, nebo pokud plod není schopen života. V tomto případě je genetik povinen ženu informovat a interrupci s ní zkonzultovat. Rozhodnutí o ukončení těhotenství je ale vždy na matce (Otová, Mihalová a Bobková, 2020, s. 231). Současná prenatální diagnostika dokáže odhalit široké spektrum vrozených vývojových vad plodu ještě před završením 24. týdne těhotenství. Ukončení těhotenství ve druhém trimestru, které je medicínsky indikované, bývá pro ženu i jejího partnera událostí, která vyvolává masivní trauma. Traumatické symptomy ve většině případů nedosáhnou kritérií pro posttraumatickou stresovou poruchu. Mezi nejtěžší a nejvíce stresující momenty patří zpráva o patologii plodu a rozhodování o ukončení těhotenství nebo o jeho pokračování. Tato situace bohužel toto rozhodnutí vyžaduje. Pro rozhodování rodičů je klíčová diagnóza plodu, ale nezanedbatelnou roli hrají postoje zdravotníků (Takács, Sobotková a Šulová, 2015, s. 58).

U této metody interrupce je hodně důležitá dilatace děložního hrdla. Dilatace se provádí prostaglandiny nebo hydrofilními dilatátory. Vlastní ukončení těhotenství je dále ukončeno řadou prostaglandinů různými aplikačními cestami. Revize děložní dutiny se provádí ve většině případů po potratu plodového vejce (Roztočil, 2011, s. 212 - 214). První vstávání je možné jen za doprovodu porodní asistentky. Ženu je nutné edukovat o zvýšené hygieně a dodržení šestinedělí, aby se předešlo možným komplikacím či zánětům. Obnovení menstruace lze očekávat za 4 – 6 týdnů. Z nemocnice je žena propuštěna přibližně 72 hodin po výkonu (Procházka, 2020, s. 599-600). Za dva týdny po zákroku se žena musí dostavit na kontrolu ke svému gynekologovi (Roztočil, 2011, s. 212 - 214).

K nejčastějším genetickým vadám k ukončení gravidity patří malformace centrální nervové soustavy – CNS nebo vrozené vývojové vady srdce. Pokud při vývoji nedojde

k uzavření neurální trubice či její části, vytvářejí se různé deformity, které mohou být sonograficky časně odhaleny. Následkem neuzavření celé neurální trubice je craniorhachischisis neboli malformace lebního krytu. Tato malformace je kombinována s úplným nebo částečným rozštěpem míšního kanálu. Neuzavřením předního neuroporusu vzniká anencefalii, u které zůstává přední mozek plochý a odhalený v kontaktu s amniovou tekutinou, jenž mozek degeneruje, tudíž se nevytváří celá klenba lebeční. Tato malformace je neslučitelná se životem (Slípka a Tonar, 2019, s. 61).

Dalšími genetickými důvody, kvůli kterým ženy často podstupují umělé ukončení těhotenství, jsou genetické syndromy. Mezi ně patří Downův syndrom, Edwardsův syndrom a syndrom Patauův (Maříková a Seemanová, 2013, s. 17). Downův syndrom je nejčastěji se vyskytující chromozomálně podmíněný syndrom. Výskyt je 1:700 narozených dětí. Karyotyp postižených jedinců je buď 47XX nebo 47XY a vyskytuje se trisomie v chromosomu 21. Závažnost projevů je velice variabilní a individuální u každého jedince. Po narození bývá velmi často růstová i mentální retardace a svalová hypotonie. Mezi další znaky u Downova syndromu řadíme typicky plochý obličej, šikmé postavení očí, krátký nos, velký jazyk, anomálie uší, ploché záhlaví a krátké ruce s opičí rýhou na dlani. Downův syndrom postihuje také řadu systémových orgánů, nejčastěji klouby a srdce. Právě srdeční vady bývají důvodem předčasného úmrtí. Postižení jedinci bývají náchylnější na infekční nemoci, leukemii, Alzheimerovu chorobu a dožívají se průměrně 45 let. Patauův syndrom se značí karyotypem 47XX nebo 47XY a trisomií v chromosomu 13. Incidence tohoto syndromu je 1:10000 narozených dětí. Postižení jedinci trpí těžkou mentální retardací a malformací CNS, kdy mozek není rozdělen na dvě hemisféry. Dále se vyskytuje mikrocefalie (menší hlava), malé oči, deformované ušní boltce, opičí rýha na dlani a postižení orgánů, hlavně srdce. Často se také vyskytuje rozštěp rtu a patra. Postižení s tímto syndromem umírají většinou do prvního měsíce života. Poslední chromozomální syndrom, syndrom Edwardsův, má karyotyp 47XX nebo 47XY a trisomie se nachází v 18 chromosomu. Výskyt je 1:5000 narozených dětí. U postižených se vyskytuje mentální retardace, vrozené vady srdce a neprospívání. Dále ustupující čelist a nízko posazené uši. Na nohou je nápadně vystouplá patní kost a při zařatých pěstích se překřičují prsty. Většinu s Edwardsovým syndromem tvoří dívky a dožití bývá několik měsíců až jeden rok (Otová, Mihalová a Bobková, 2020, s. 100-101). Většina těchto syndromů je odhalena již v prenatálním období pomocí ultrazvuku a rozhodnutí

o ponechání plodu či podstoupení interrupce je vždy na matce (Otová, Mihalová a Bobková, 2020, s. 231).

1.3 Zdravotní rizika a komplikace

Zdravotní komplikace po potratu dělíme do tří skupin, kterými jsou komplikace bezprostřední po interrupci, komplikace časně a pozdní (Roztočil, 2011, s. 214). Míra komplikací se zvyšuje s gestací, ve které je interrupce vyvolána (Eshre, 2017, s. 1160-1169).

1.3.1 Běžné komplikace

Mezi běžné nebo také bezprostřední komplikace po UUT řadíme velkou krevní ztrátu, poranění i perforaci hrdla děložního. Krevní ztráta nad 500ml se považuje již za závažnou. Platí, že čím pokročilejší těhotenství ženy je, tím má žena větší riziko velké krevní ztráty. Frekvence této komplikace se pohybuje přibližně okolo 1% (Roztočil, 2011, s. 214).

Dle Roztočila (2011, s. 214) jsou v souvislosti s interrupcí nejčastějším poraněním trhliny hrdla děložního. Jejich vznik je jen při použití kovových dilatátorů a mechanické dilataci hrdla. Při použití prostaglandinů k dilataci hrdla děložního, se tato komplikace vůbec nevyskytuje. Větší pravděpodobnost poranění je při vyšším stupni instrumentální dilatace hrdla. Nulipary jsou tímto typem poranění ohroženy více než multipary. Ve většině případů jde však jen o drobné poranění v podobě lacerací sliznice nebo o poranění, které proniká až do svaloviny hrdla děložního. Z hlediska dalšího těhotenství jsou závažné trhliny, které postihují oblast vnitřní branky. V důsledku tohoto poranění se může vyskytnout v dalším těhotenství inkompetence hrdla děložního. Ve většině případů je indikována antibiotická léčba, neboť všechny trhliny jsou potenciálním nebezpečím vzniku zánětu. Rozsáhlejší poranění je nutné okamžitě chirurgicky ošetřit.

Sondou, dilatátorem nebo kyretou může dojít k perforaci děložního hrdla, avšak nejčastěji dochází k protržení děložního fundu. Následkem protržení potratovými kleštěmi bývá poranění střeva. I zkušený operátor může způsobit perforaci děložní stěny. V tomto případě je důležité poranění včas odhalit a ošetřit ho, aby se zamezilo rozvoji dalších komplikací. Nepoznané velké poranění stěny děložní ohrožují ženu na životě a to hlavně celkovou sepsí a masivním krvácením (Roztočil, 2011, s. 214).

1.3.2 Časné komplikace

K časným komplikacím řadíme ty, které vznikají do 6 týdnů po umělém ukončení těhotenství. Časnou komplikací bývají neodstraněné zbytky plodového vejce z dutiny děložní neboli rezidua. Ty se zpravidla projeví v prvních dnech po výkonu silným krvácením, bolestmi a zvýšenou teplotou. Gynekologickým vyšetřením zjistíme nedokonalé zavínování dělohy, ve kterém brání právě rezidua a pootevřené děložní hrdlo. V tomto případě je nutné provést revizi děložní dutiny a její dočištění. Revize se vždy provádí ve cloně antibiotik. Další komplikací jsou komplikace zánětlivé, které se taktéž projevují zvýšenou teplotou ženy, bolestí, krvácením nebo výtokem a pomalejším zavínáním dělohy. Většinou se tyto příznaky objevují třetí až čtvrtý den po výkonu. Stanovení diagnózy je na podkladě klinických příznaků, laboratorního a gynekologického vyšetření. Nejčastěji se projevuje zánět endometria a parametria, méně často pak zánět adnex – vejcovodů a vaječnicků. Záněty léčíme podáním antibiotik. Při dobře vedené a provedené interrupci by měla být frekvence přibližně 5% zánětlivých komplikací po výkonu (Roztočil, 2011, s. 214).

Mezi vzácné časné komplikace patří selhání metody, která může nastat u vrozených vývojových vad dělohy, nebo také nepoznané mimoděložní těhotenství. S oběma těmito komplikacemi se nejčastěji setkáváme v brzkých stádiích těhotenství. V tomto případě se u selhání interrupční metody provede evakuace netěhotné části děložní dutiny. Pokračující těhotenství se nejčastěji odhalí až po 12. týdnu těhotenství, kdy už není UUT schválené zákonem. Tato komplikace může mít soudní následky jak pro operátora, tak i pro zdravotnické zařízení. Při nepoznaném mimoděložním těhotenství je opět provedena evakuace dutiny děložní, ze které je získáno pouze endometrium. Těhotenství mimo dělohu pak pokračuje dál ve svém vývoji. Z tohoto důvodu je nutné po interrupci provést histologické vyšetření každého materiálu, jež získáme. Kromě klinického sledování pacientek, musíme sledovat i dynamiku hladin hCG, výše zmíněné histologické vyšetření. Vždy je dobré provést i vyšetření ultrazvukem (Roztočil, 2011, s. 214).

1.3.3 Pozdní komplikace

Po šesti týdnech od výkonu vznikají tzv. pozdní komplikace, kterými jsou jimi ve zvýšené míře častěji ohroženy prvorodičky. Nejčastěji mezi ně řadíme chronické záněty vejcovodů i vaječnicků. Méně typické jsou pak poruchy menstruačního cyklu. Většinou se první menstruace objevuje přibližně do 33 dní po výkonu. Aby nedošlo k Rh-izoimunizaci, podáme všem ženám s Rh-negativním faktorem anti-D-gamaglobulin

do 72 hodin po výkonu (Roztočil, 2011, s. 214-215). Národní směrnice v Norsku navrhuji zvážit anti-D profylaxi pro potrat před 9. týdnem těhotenství, protože Rh-D antigen je dobře vyvinutý do 6. týdne těhotenství a přetrvává teoretická obava, že fetomaternální krvácení může být stále dostačující k vyvolání imunitní reakce na tento antigen (Eshre, 2017, s. 1160-1169).

Další pozdní komplikací mohou být sexuální a psychické změny, které řadíme k postabortivnímu syndromu. Pro velkou část žen je interrupce traumatickým zážitkem a až jedna třetina žen, co UUT podstoupily, pociťují změny i v sexuálním prožitku. Komplikací může být také porucha fertility, kam ředíme sterilitu a infertilitu. Tyto komplikace by měly být však s dostupností interrupce jen ojedinělé, avšak riziko se zvyšuje s týdnem provedení výkonu a s běžnými i časnými komplikacemi. Poškození endometria nebo zánětlivý uzávěr vejcovodů mohou mít za následek sekundární sterilitu. V současné době není souvislost mezi prodělanou interrupcí a předčasným porodem v následném těhotenství. V rozvojových zemích může být závažnou pozdní komplikací mateřská úmrtnost. Ve státech s liberální politikou k potratům, s rozvinutým zdravotnictvím a všeobecnou dostupností umělého přerušeni těhotenství je mortalita naprostou výjimkou (Roztočil, 2011, s. 214-215).

Další domnělé riziko si zaslouží zmínku, zejména proto, že je zdrojem obav pro ty, kdo jsou proti potratům. Jedním z nich je, že potrat může být spojen se zvýšeným rizikem rakoviny prsu. Souvislost založená na studiích případové kontroly byla vyvrácena většími kohoutovými studii, které neprokázaly žádné zvýšené riziko rakoviny prsu u žen, které podstoupily jeden nebo více potratů, bez ohledu na věk ženy, gestační věk při potratu nebo počet potratů (Eshre, 2017, s. 1160-1169).

1.4 Psychologická problematika

Byla provedena řada studií, které se týkaly psychických následků interrupcí. Do výsledků těchto studií bylo však často vnášeno politické hledisko. Zdůrazňování negativních následků interrupcí v některých pracích, došlo až k zavedení termínu „postinterrupční traumatický syndrom“ (Ratislavová, 2008, s. 35). Jako „syndrom následků potratu“ bývají často označovány psychické následky po interrupci. Tyto následky pocitu viny, zahrnují úzkostné stavy. Udává se, že většina žen tyto pocity po proděláním potratu pociťují (Koliba, Weiss a Němec, 2019, s. 91). Nejčastějšími udávanými negativními pocity po interrupci jsou deprese, lítost, hněv a pocit viny. Je rozdíl mezi prožíváním žen

po interrupci v prvním trimestru na vlastní žádost a po interrupci ve druhém trimestru z genetické indikace. Tyto ženy zažívají také pocit studu a odsouzení svého okolí a společnosti. Mohou mít také pocit hanby a strach z vyzrazení skutečnosti podstoupení UPT. Lépe se s interrupcí vyrovnávají ženy, které mají možnost ventilovat a probírat své pocity s jinou osobou. To může být buď osoba blízká, nebo zdravotnický personál (Takács, Sobotková a Šulová, 2015, s. 142).

Dle Ratislavové (2008, s. 35) patří mezi faktory ovlivňující rozdílnou psychiku po interrupci věk ženy, legální nebo ilegální interrupce, osobní rysy ženy, indikace zdravotní či jiná, postoj okolní společnosti k interrupci, rodinný stav či stabilita partnerského vztahu. Jednoznačně nejtěžší fází, je pro ženu fáze rozhodování. Velká většina žen po interrupci nepociťují žádnou zpětnou sympatii k těhotenství a i v pozdější době hodnotí své rozhodnutí jako správné. Při rozhodování je důležité dbát na to, aby se žena rozhodovala sama a to i v jakémkoli věku. Čím je těhotenství více významné a chtěné, tím je rozhodování pro ženu těžší. V tomto případě se s psychickými potížemi objevují často i potíže somatické, spojené s interrupcí. Paradoxně bývá psychická stránka ženy horší před interrupcí, než po ní samotné (Ratislavová, 2008, s. 35).

Negativní zkušenosti s potraty mohou alespoň částečně pramenit z předchozích problémů s duševním zdravím a mohou upozornit lékaře na možné základní psychiatrické problémy. To naznačuje, že v interrupční péči mohou být vhodné screeniny či intervence v oblasti duševního zdraví (Eshre, 2017, s. 1160-1169).

1.4.1 Postabortivní syndrom

Postabortivní syndrom představuje posttraumatickou stresovou poruchu, která se rozvíjí na základě prodělaného potratu. Je to poměrně široké označení pro souhrn tělesných a psychických příznaků různého druhu. Tyto příznaky se mohou rozvinout okamžitě nebo až s odstupem času po potratu, což může být i několik let. K typickým symptomům postabortivního syndromu patří pocity viny, otupělost, úzkost, poruchy spánku, záblesky z minulosti nebo dokonce i sebevražedné myšlenky. Úzkost může být spojená také s poruchami plodnosti nebo s neschopností znovu otěhotnět (Diallo a Lhotová, 2015, s. 67-73). Naopak mohou ženy pociťovat i nadměrnou touhu po dalším těhotenství. Ženy se také často vyhýbají specifickým situacím a podnětům, ze kterých mají úzkost. Například těhotné ženy, gynekologická vyšetření či malé děti. Problémy pak mohou být i ke vztahu ke svým dalším dětem, s poruchou příjmu potravy

a v neposlední řadě se rozvíjí i psychosexuální porucha. Ženy jsou velmi citlivé a často u nich probíhají nekontrolované záchvaty pláče (Freed a Salazar, 2008, s. 19-20).

Mezi rizikové faktory k rozvoji postabortivního syndromu patří podstoupení potratu u vysněného těhotenství, tlak okolí na rozhodnutí o interrupci, nesouhlas partnera či rodiny s interrupcí, osobnostní rysy (např. nízké sebevědomí, nízká kontrola nad vlastním životem, pesimistické postoje), psychologické problémy v anamnéze před těhotenstvím, anamnéza předchozího potratu, potrat v pozdější fázi těhotenství, nízký věk nebo i nemožnost volby – nucený potrat (Diallo a Lhotová, 2015, s. 67-73).

1.5 Péče porodní asistentky

Ošetrovatelská péče se provádí v souladu s ošetrovatelským procesem a poskytují ji hlavně porodní asistentky – dříve ženské sestry (Slezáková, 2017, s. 10). Ošetrovatelská péče o pacientku před operací, během operace a po ní, se rozumí jako perioperační ošetrovatelská péče (Wichsová, 2013, s. 133).

1.5.1 Ošetrovatelská péče o ženu před interrupcí

Při nechtěném těhotenství je žena vyšetřena svým obvodním gynekologem, který ženě popíše podstatu a možná rizika výkonu. Dále ženě vysvětlí lékařské postupy potřebné k provedení výkonu. Pokud neshledáme žádné legislativní či lékařské skutečnosti, jež by neumožnily výkon uskutečnit, je dále s pacientkou sepsána žádost o provedení interrupce. Součástí je i stanovení datace gravidity s gynekologickým vyšetřením a ženě je vystavena žádost o provedení předoperačního vyšetření. Pacientka je s těmito dokumenty objednána do příslušného lůžkového zařízení, které interrupce provádí a má k dispozici veškeré podmínky k provedení umělého ukončení těhotenství. Pacientka by měla být k výkonu objednána co nejdříve, aby se těhotenství ukončilo v časném stádiu. Fyzikální nález, základní biochemické a hematologické vyšetření včetně krevní skupiny a Rh faktoru jsou součástí předoperačního vyšetření. Ve většině zařízení je plánované operační ukončení těhotenství prováděno v podobě jednodenní chirurgie. Žena se dostaví s potřebnou dokumentací v ranních hodinách a na lačno. Po zhotovení dokumentace sestrou a přijmutí lékařem, podepisuje pacientka informovaný souhlas k interrupci (Roztočil, 2011, s. 212).

K předoperační péči dochází v prvním kontaktu s pacientkou ve zdravotnickém zařízení. Příjem pacientky na perioperační oddělení začíná vždy sepsáním anamnézy a založením zdravotnické dokumentace. Vždy je nutná edukace pacientky před operačním

výkonem. Edukujeme hlavně o průběhu výkonu, medikaci a lačnění. V den operace se provádí medikace před samotným výkonem, kam řadíme zavodnění a tlumení bolesti. Dalším krokem předoperační péče je přijetí pacientky na operační sál, kam je převezena sanitářem v doprovodu sestry. Pacientka by měla být vymočena, neměla by mít žádné šperky ani nalakované nehty. Na sále je nutné mít zdravotní dokumentaci pacientky a vždy zkontrolovat identifikační náramek (Wichsová, 2013, s. 133-134).

1.5.2 Ošetřovatelská péče o ženu po interrupci

Po ukončení operačního výkonu probíhá fáze pooperační péče. V tomto případě je pacientku převezena na dospávací pokoj, kde je monitorována a sledována po celou dobu nebo ženu umístíme rovnou na oddělení, které je mimo operační sály. Do další ošetřovatelské fáze ženu předává anesteziolog s dokumentací, kde je popsán průběh operace a medikace, která byla při operaci podána. Porodní asistentka za pomoci sanitáře ukládá ženu do polohy na zádech. V případě nauzey nebo samotného zvracení, je pak vhodná poloha na boku (Wichsová, 2013, s. 138). Dokud není žena při úplném vědomí, je potřeba sledovat fyziologické funkce pacientky. Sledujeme tlak, pulz, teplotu, dýchání, stav vědomí, zvracení, sílu pooperačního krvácení a vyprazdňování. Standardně se 2 hodiny po porodu se ženou vstává a porodní asistentka ji doprovází na toaletu. Je důležité přítomnost doprovodu pro možný vazomotorický kolaps. Po odeznění anestezie se o sebe stará žena již sama, může pít a jíst. Ženu edukujeme o častém měnění vložek, hygieně po vyprázdnění a dodržení šestinedělí. Šestinedělím se rozumí 6 týdnů po prodělání interrupce, kdy se organismus vrací zpět do stavu před těhotenstvím. V tomto období by se měla dodržet i sexuální abstinence, aby došlo k řádnému zahojení dělohy. Žena může zahájit sexuální styk až po uběhlém šestinedělí, jakmile bude fyzicky i psychicky připravena (Procházka, 2020, s. 599-600). Pokud nenastanou komplikace, může být žena propuštěna do domácí péče několik hodin po potratu, ale jen v doprovodu další osoby. Většinou bývají ženy propuštěny první pooperační den (Wichsová, 2013, s. 138). Než žena odchází domů, dostává propouštěcí zprávu pro svého obvodního gynekologa, ke kterému by se měla dostavit po skončení šestinedělí na prohlídku (Procházka, 2020, s. 599-600). Ženu musíme též poučit o dalším průběhu sexuálního života a ochrany před možným nechtěným těhotenstvím (Wichsová, 2013, s. 138). Jako prevenci Rh-inkompability se také rutinně podává Anti-D imunoglobulin G, a to nejpozději do 72 hodin od výkonu (Roztočil, 2011, s. 214-215).

2 ETICKÁ PROBLEMATIKA INTERRUPTCE

Svoboda a právo rozhodovat o svém vlastním těle má v případě interrupce několik překážek. Existuje spousta politických či medicínských argumentů a protiargumentů k tomuto tématu (Šmídová, 2012, s. 96). V dnešní době je umělý potrat stále velkým a diskutovaným etickým problémem (Stodola, 2013, s. 41).

2.1 Historie interrupce

Ve starověkých kulturách byl velice silný postoj k založení rodiny a výchově dětí. Hlavním důvodem zde byla jednoznačně snaha o udržení vojenské síly, ke které byl potřeba dostatek mladých mužů. Z toho důvodu byl potrat nezákonný a považován za něco nepatřičného. Dle asyrského práva byla žena, která si sama a záměrně způsobila potrat, naražena na kůl bez možnosti pohřbu. Za těžký zločin byl považován potrat také v nacistickém Německu (Heřmanová, 2012, s. 105-106).

2.1.1 Dějiny

První záznamy o interrupci byly již ve starověkém Řecku a Římě, kde byla interrupce nejčastěji prováděna na žádost otce dítěte, který si jej nepřál. Ani v jedné ze zmiňovaných zemí se nikdo nezajímal právy nenarozeného plodu. Ve většině starořeckých zemí platila zásada, že počet dětí nesmí přesáhnout finanční možnosti společnosti. Plod nebyl vnímán jako samostatný jedinec, ale jako součást těla ženy, a proto o jeho životě mohla rozhodovat. Trestně stíhaná byla však třetí osoba, která potrat vyvolala. Dle Hippokratovy přísahy bylo zakázáno provádět interrupci, ale ženám mohla být doporučena různá cvičení a užívání rostlinných abortiv k vypuzení z těla. Také ve Starém zákoně můžeme najít známky o potratech, což naznačuje, že křesťanská církev vždy neměla k potratům odmítavý postoj. Nový zákon se již interrupcí vyloženě nezabývá. Aristotelův přístup k interrupci byl takový, že dokud nemá plod duši, nejedná se o vraždu. Později papež Sixtus V. odsoudil potraty v jakékoli fázi těhotenství. Potrat s duší plodu byl prohlášen za vraždu a za potrat bez duše plodu následoval trest v podobě vyhnanství. Na konci 19. století papež Lev XIII. ve svém nařízení zakázal potraty i za předpokladu, že by mohl být ohrožen život matky a osoby, jež potraty prováděly, byly vyloučeny z církve. Můžeme tedy říci, že katolická etika pokládá všechny druhy potratů za vraždu nevinného člověka a proto všechny druhy interrupce z jakýchkoli důvodů striktně odmítá (Koliba, Weiss a Němec, 2019, s. 87-88).

V Anglii mezi lety 1307-1803 platil zákon, který interrupci nezakazoval od 18. do 20. týdne těhotenství, kdy se měl plod usadit v děloze ženy. Tato fáze se tehdy označovala jako „zrychlená fáze těhotenství“, ve které již matka cítila první pohyby plodu. Dále mezi roky 1803 a 1837 byl však potrat v této fázi trestán smrtí. Ve dvacátých letech 20. století byl přidán zákon, který nepostihoval interrupci jako potrat a to za podmínky zachování dobré víry a života ženy. V koloniální Americe byly interrupce zpočátku legální, avšak ve druhé polovině 20. století byly postupně ve všech zemích USA schvalovány zákony proti provádění potratů. Výjimkou byl pouze případ, kdy zákrok přispěl k záchraně života ženy. Vědci se domnívají, že interrupce nebyla zakázána jen z etických a náboženských důvodů. Velkou roli měli také lékaři, kteří se zákonem snažili postihnout nelékařské provádění potratů (Koliba, Weiss a Němec, 2019, s. 87-88).

2.1.2 Vývoj interrupce v ČR

Za Rakouska-Uherska a Habsburské monarchie, byly potraty striktně zakázány jako ve zbytku Evropy. V roce 1852 proběhlo první legislativní řešení interrupcí jako trestní zákon č. 117. Tento zákon zakazoval všechny druhy potratů s výjimkou krajní nouze, kdy zákrok provádí lékař za účelem záchrany života ženy. Tato právní úprava zde platila až do roku 1950. V samostatné Československé socialistické republice byla první právní úprava interrupcí součástí trestního zákona z roku 1950. Ze sociálních důvodů v něm byla interrupce zakázána, ale bylo zde poprvé dovoleno provést potrat z genetických či zdravotních důvodů (Koliba, Weiss a Němec, 2019, s. 88-89). Ve skutečnosti bylo však potratů provedeno mnohem více a to bez postihu. Tyto potraty prováděli lékaři, porodní asistentky či studenti tehdejší medicíny. Toto se zredukovalo během druhé světové války, kdy umělé přerušení těhotenství bylo velice přísně trestáno a málo která porodní bába nebo lékař k němu přistoupili (Dudová, 2012, s. 45). Právě rostoucí úroveň obyvatel od roku 1948, byla důvodem zákazu provádění potratů ze sociálních důvodů. Kriminální počet potratů se v této době pohyboval okolo 100 000 za rok. V českých zemích byl potrat ze sociálních důvodů legalizován až v roce 1957 a to zákonem č. 68 (Koliba, Weiss a Němec, 2019, s. 88-89). Tento zákon platí v České republice více jak 60 let a po drobných úpravách je platný dodnes (Rybová, 2019, s. 8). Bylo však nutné dodržet několik podmínek. Musely existovat zdravotní nebo jiné závažné důvody k interrupci, které specifikovalo Ministerstvo zdravotnictví. Vždy musela potrat povolit komise a jeho provedení muselo být uskutečněno v nemocnici nebo v jiném lůžkovém zařízení. V této době neexistovali v Československu soukromé kliniky. Vyhláška Ministerstva

zdravotnictví pak dále specifikovala jiné závažné důvody k interrupci, kam patřil věk nad 40 let nebo musela mít žena nejméně 3 žijící děti. Dále bylo jiným závažným důvodem těhotenství vzniknuté ze znásilnění či jiného trestného činu, obtížná situace neprovdané ženy, ztráta manžela nebo jeho závažný zdravotní stav, prokazatelné manželské problémy a nakonec špatná finanční situace, která by mohla ohrozit situaci rodiny (Dudová, 2012, s. 47).

Hlavně ženy přispěly svým úsilím k legalizaci interrupce již v období válek. Legalizace zákona byla výsledkem společného hnutí žen, hlavně komunistických poslankyň, které působily v parlamentu, a přidali se také někteří odborníci, kterými byli gynekologové (Dudová, 2012, s. 45). Dále byl hlavním důvodem ke schválení zákona ochránit život ženy, neboť neodborně provedený zákrok mohl ženě ublížit na zdraví. Žena, která žádala potrat, musela vystoupit před interrupční komisí, která její žádosti buď vyhověla, nebo ji zamítla. Členové komise byli vždy celkem tři a to předseda, lékař a pracovník pro z odboru pro rodinu a mládež. Uvádí se, že přibližně 95% žádostí o interrupci bylo schváleno. Pro mnohé ženy bylo však nepříjemné před komisí sdílet jejich intimní důvody k interrupci. Činnost komise se postupně stala značně časově náročnou, což znamenalo zpomalení schvalování miniinterrupcí, která je pro ženu nejméně rizikovou, co se týká zdravotních následků. V důsledku tohoto problému vydal zákon č.66/1986 sbírky, o umělém přerušení těhotenství, (Koliba, Weiss a Němec, 2019, s. 88-89).

V roce 2003 byl navržen nový zákon konzervativními poslanci, jehož cílem bylo vyjmout interrupci ze zákona. Tento návrh zákona měl postihovat osoby, které by provedli umělé ukončení těhotenství, odnětím svobody až na 5 let. Osobě, která by těhotné ženě k potratu pomohla nebo by ji k němu samotnému donutila, by hrozil trest odnětí svobody v délce jednoho roku. Žena by ovšem sama potrestána nebyla. Návrh zákona byl zamítnut, ale diskuze na toto téma byla velice bohatá, neboť ukázala různé pozice a rozpory. Zákon, který se snažil v České republice o kriminalizaci interrupcí, bedlivě sledovala i řada nevládních organizací (Dudová, 2012, s. 97-103).

2.2 Etický pohled na interrupci

Umělé ukončení těhotenství je operační výkon a v různých zemích je k němu přistupováno se značným právním rozdílem (Hájek, Čech, Maršál a kolektiv, 2014, s. 461). Je zřejmé, že potrat lze vnímat v širokém spektru s různým stupněm etické závažnosti.

Jinak bude vnímán potrat v případě znásilnění a jinak v situaci, kdy je pro ženu těhotenství kariéerní překážkou (Heřmanová, 2012, s. 108-109).

I přes všechny veřejná prohlášení patří stále Česká republika mezi evropské státy s vysokou potratovostí (Cirkle, 2013, s. 3). Stále vyostřené názory jsou mezi zastánci a odpůrci interrupce. Potrat jako vraždu vnímají zastánci hnutí pro life. Umírnění zastánci v tomto hnutí připouštějí potrat z důvodu mimořádných okolností, kam spadá těhotenství vzniklé z důvodu znásilnění, nebo závažné abnormality plodu. Radikálové v pro life odmítají jakýkoli potrat bez ohledu na situaci. Naopak zastánci hnutí pro choice obecně připouštějí možnost interrupce z jakéhokoli důvodu a v kterékoli fázi těhotenství. Pro choice věří, že žena by se měla rozhodovat sama o svém těle a je jejím právem podstoupit potrat dle jejího rozhodnutí, kdykoli během těhotenství a bez jakéhokoli omezení vládou nebo zákonem omezovat přístup potratů ve zdravotnickém zařízení. Dodávání trestních postihů za potrat je výrazem nespravedlnosti vůči těhotným ženám (Heřmanová, 2012, s. 109).

Lidský zárodek se stal bohužel předmětem, neboť obě strany pro choice i pro life hledí na těhotenství pouze z jedné strany. Těhotenství je silný vztah, kde jsou obě strany silně spjaty v životním společenství. Součástí mateřského těla je vznikající člověk a dlouhou dobu je na matce závislý a nemá sebemenší naději na vývoj mimo ni. Tomuto označování embrya za předmět napomohla nejen prenatální diagnostika, ale i reprodukční medicína, kde je možný vznik života v Petriho misce. Etická diskuse poslední dobou vychází z toho, že staví matku na jednu právní stranu a zárodek na stranu druhou. V raných stádiích lidského života se nachází otázka, zda člověk bere nový život jako „lidské embryo“ nebo jako „embryonálního člověka“. Pokud se bere zárodek jako „embryonálního člověka“ jedná se o lidskou bytost již v období splnutí vajíčka se spermií a tento zárodek by měl být ochraňován a mít svá práva od raného stádia. Pokud se bere zárodek jako „lidské embryo“ nelze jej brát jako lidského člověka a jeho ztráta v raných stádiích vývoje se nebere jako smrt. Období, od kdy je člověk člověkem nelze přesně určit. Sedm stupňů raného vývoje lidského života udává, že to může být splnutí vaječné a semenné buňky, zahnízdění se v děloze, vyloučení tvorby dalších zárodků, utváření mozku, schopnost samostatného života, narození nebo doba během prvních let života, kdy se utváří sebeurčení jedince. Každý z těchto stupňů má velký význam pro lidský život, ale nelze spojovat uznání lidské důstojnosti s uznáním jeho neomezené ochrany, což je k etickému zamyšlení. Na základě úvah se nemůže jednoznačně

rozhodovat o tom, že se embryo od samého začátku vyvíjí „jako člověk“. Naopak je v tomto případě možné říci, že se embryo vyvíjí „v člověka“ (Huber, 2016, s. 38-45).

2.3 Legislativa interrupce v ČR

Umělé ukončení těhotenství je v České republice povoleno legislativou pod zákonem České národní rady č. 66/1986 Sb. a Vyhláškou Ministerstva zdravotnictví Česko-Slovenské republiky č. 15/1986 Sb. Interrupce je povolena buď na žádost těhotné ženy, nebo ze závažných zdravotních důvodů. Výkon se provádí ve zdravotnickém zařízení ústavní péče. Interrupci na vlastní žádost hradí žena a to včetně gynekologického, předoperačního, laboratorního a ultrazvukového vyšetření, hospitalizace a anestezie. Umělé ukončení těhotenství ze zdravotní indikace je zcela hrazeno pojišťovnou. Délku trvání gravidity datujeme od prvního dne poslední menstruace (Hájek, Čech, Maršál a kolektiv, 2014, s. 461).

Ve Vyhlášce Ministerstva zdravotnictví z roku 1973 stojí, že interrupce nebude povolena ženám s občanstvím jiného státu, které dlouhodobě nepobývají v České republice. K tomuto opatření byl prvotním důvodem nesouhlas a odpor některých vládních členů proti cizinkám, které za podstoupení interrupce cestovali do tehdejšího Československa. Jednalo se především o ženy z Rakouska. V současné době mají občanky jiných států relativně snadný přístup k legální interrupci, pokud žijí legálně v České republice po dobu delší jednoho roku. V tomto případě je přístup k UUT mnohdy jednodušší než k jiné zdravotní péči, protože nezáleží na tom, zda je žena pojištěna nebo ne. Interrupce totiž není zahrnuta v systému veřejného zdravotního pojištění a jedná se tedy o placenou službu s určitou cenou na trhu. V případě ilegálních imigrantek či migrantek s krátkodobým vízem nastává problém. Protože je v nesouladu se zákonem provést UUT těmto ženám. Riziko postihu je pro zdravotní zařízení i lékaře relativně vysoké, proto nejsou zpravidla tento zákrok ochotni podstoupit. Mnohé cizinky poté hledají řešení v domácí a ilegální interrupci s pomocí žen z vlastní komunity, které jsou zkušené či lékařsky kvalifikované (Dudová, 2012, s. 120).

2.4 Potraty a náboženství

Obecně můžeme říct, že všechna jednobožná náboženství v současné Evropě, mezi které patří křesťanství, židovství a islám, jsou proti potratům. I když mají jednotlivá náboženství zřetelné rozdíly v postojích, v případě potratu v I. trimestru těhotenství, je zde jednoznačné odsouzení u všech náboženství (Heřmanová, 2012, s. 115).

Když různé společnosti po celém světě začaly legalizovat procedury potratů či liberizovat vládní postoje k potratům, vůdci římskokatolické církve cítili potřebu reagovat na tyto změny tím, že vyjasnili postoj církve k umělému přerušení těhotenství (Brind'Amour, 2012). V křesťanství je potrat zločinem. Uznání práva potratu nebo eutanazie by dávalo lidem zvrácený význam nad životem ostatních, čehož by se dalo zneužívat. Dále je tu morální otázka, kdy při úmyslném potratu dochází k zabití člověka. Nenarozené dítě se v křesťanství bere jako naprosto nevinný člověk, který začal sotva žít, je slabý a nemá se jak bránit, proto je potrat nemorálním činem. Člověk a jeho duše je stvořena Bohem, proto je každý lidský život třeba chránit a absolutně respektovat už od početí. Křesťanství věří, že lidský život je posvátný, neboť je dílem Božím a Bůh je Pánem života od jeho stvoření až do jeho konce. Z tohoto důvodu nemá nikdo právo na zabití nevinné lidské bytosti (Heřmanová, 2012, s. 115-116).

Dle Heřmanové (2012, s. 115) je potrat v judaismu obecně zakázán, přesto židovský zákon povoluje potrat v případě, že je ohrožen život či psychika matky. Dále židovský zákon povoluje interrupci v případě, pokud dané těhotenství ohrožuje fyzický nebo psychický stav matky více než normální těhotenství, aniž by toto riziko znamenalo přímé nebezpečí pro matku. V případě, že se matka o dítě nechce starat, nejedná se o zhoršený duševní stav, tudíž je v tomto případě potrat zakázán. V judaismu se vždy nebere potrat jako vražda, na rozdíl od katolické církve. Prvních čtyřicet dní od pohlavního styku je zygota vnímána „jako voda“. Během dalších fází těhotenství má plod status „stehno své matky“ a jelikož je tělo člověka Božím majetkem, nikdo nemá právo své stehno amputovat, pouze v případě záchrany svého života. Z tohoto důvodu je v judaismu potrat zakázán.

S výjimkou sebeobrany nebo trestu smrti je v islámu smrt obecně zakázána, ale nikde není zmíněna problematika interrupce. V islámu dostává plod plný lidský život až ve chvíli, kdy získá duši. Většina islamistů tedy schvaluje potrat do doby, kdy plod ještě duši nemá. Tato doba je podle některých učenců 120 dnů po pohlavním styku, avšak někteří uznávají jen 40 dnů od pohlavního styku. V tomto období je možné vykonat potrat z medicínského nebo vážného právního důvodu. Ovšem někteří příznivci islámu potraty silně odmítají s výjimkou ohrožení zdraví matky. V islámských zemích je život matky vždy důležitější než život plodu (Heřmanová, 2012, s. 116-117).

2.5 Nelegální potraty

Nelegální potraty nebo také kriminální potraty jsou v České republice při svobodném využití zákona o UUT a dostupnosti antikoncepce velice ojedinělé. K tomuto potratu se dříve používaly například farmakologické prostředky, jako jsou ergotin nebo chinin, které za těžké otravy ženy vyvolaly potrat. Gumové rourky, kovové dilatátory a další mechanické prostředky zaváděné do dělohy, měly za následek poranění i infekci. Používaly se i roztoky mýdla aplikované do dělohy, které pokud se dostaly do oběhu matky, způsobily hemolýzu. V důsledku septického stavu, vykrvácení, peritonitidu nebo endometriózu ženy často umíraly (Hájek, Čech, Maršál a kolektiv, 2014, s. 246).

2.6 Postavení vybraných zemí k interrupci

Zákony o potratech se ve světě liší, ale v rozvojových zemích jsou obecně přísnější. Omezující zákony nutně neodrazují ženy od potratu, ale často vedou k nebezpečným praktikám s významnou úmrtností a nemocností. Interrupce by měla být dostupná v zájmu veřejného zdraví a jakýkoli právní rámec by měl být více tolerantní, aby se podpořil přístup. Při absenci legálního přístupu k umělému ukončení těhotenství jsou zapotřebí strategie snižování škod, aby se snížila úmrtnost a nemocnost související s potraty (Eshre, 2017, s. 1160-1169)

V Evropských zemích se můžeme setkat s různými typy zákonů vztahující se k umělému ukončení těhotenství. Dnes již velká většina států ženě umožňuje ukončit těhotenství na její žádost, avšak v každém státě se liší stádium těhotenství, do kterého je možné zákrok podstoupit. Ve většině států je umožněno provést interrupci do 12. týdne těhotenství, kam se řadí i Česká republika. Island, Finsko a Velká Británie má k interrupcím spíše liberální přístup. Zákrok je zde legální pouze na základě několika možných důvodů. Mezi tyto důvody řadíme ohrožení života matky, znásilnění, poškození zdraví či psychického zdraví, v případech ohrožení a defektu plodu a nakonec ze socioekonomických důvodů. V Polsku jsou potraty nelegální s výjimkou v případě ohrožení života matky. Naproti tomu Vatikán interrupce bezpodmínečně zakazuje (Spejchalová, 2019).

2.6.1 Polsko

Nejvyšší polský soud zpřísnil jednu z nejpřísnějších interrupčních regulací v Evropě rozhodnutím, že potraty prováděné kvůli defektům plodu jsou proti ústavě.

Umělé přerušování těhotenství na základě abnormality plodu je protiústavní, protože porušuje právo dítěte nebýt diskriminováno na základě zdravotních důvodů. Rozhodnutí znamená, že polské ženy mohou podstoupit potrat pouze v případě znásilnění či incestu, nebo je-li ohrožen život ženy. Otázka potratů je pod tlakem krajně pravicových a ultrakatolických skupin. Odstranění základu pro téměř všechny legální potraty v Polsku znamená porušení a zákaz základních lidských práv a svobod. Polsko má asi jen 1100 legálních potratů ročně, většinou prováděných po předložení dokumentů o abnormalitách plodu. Odhaduje se, že skutečný počet potratů polských žen je přibližně mezi 100 000 a 150 000 ročně. Rozhodnutí ústavního soudu znamená více zahraničních potratů pro ty, kteří si to mohou dovolit a velké utrpení pro všechny ostatní. Chudé ženy budou nucené riskovat své životy a zdraví, při podstoupení nelegálních potratů a ženy, které se mají lépe, budou nucené vycestovat do České republiky, Slovenska, Německa nebo Nizozemska za legálními potraty na vlastní žádost (Kośc, 2020). Vedle zákazů potratů pro ženy chce zákon postihovat také lékaře i lékárníky, kteří by se ženám snažili pomoci. Trestem by bylo odnětí svobody až na tři roky (MacEwan, 2020).

Od vyhlášení tohoto verdiktu Polsko zažilo sérii masových protestů namířených proti samotnému rozhodnutí Ústavního soudu, proti vládnoucí straně Právo a spravedlnost a proti polské katolické církvi, kterou veřejnost obviňuje ze snahy omezit potraty. Představitelé církve o zpřísnění protiprávního zákona dlouhodobě usilovali, proto nové soudní rozhodnutí vlídně přivítali. Přesto mají někteří katolíci pocit, že tímto rozhodnutím se církev stále více vzdaluje mladším lidem. Mnoho lidí si totiž myslí, že se církev příliš zabývá politikou a měla by se stáhnout do pozadí (MacEwan, 2020).

2.6.2 Velká Británie

Interrupční zákon Velké Británie umožňuje za určitých podmínek ukončení těhotenství registrovaným lékařem. Mezi tyto podmínky patří ohrožení života matky, znásilnění, zdraví a psychické zdraví matky, defekt plodu a socioekonomické důvody. Když byl přijat zákon o potratech, byla ponechána horní lhůta podle zákona o ochraně života kojenců z roku 1929, který v Anglii a Walesu stanovil 28 týdnů. Potraty ve Spojeném království mohou být legálně prováděny v některých nemocnicích či ve schválených nemocnicích. V Británii byl zákon po divoké politické kampani liberizován, ale ženám nebylo dáno právo zvolit si potrat. Na cestě k legalizaci byly zvláště důležité některé faktory a to zájem o zdraví žen, relativní síla nátlakových skupin nebo názorové klima. Zastánci změny museli učinit zásadní rozhodnutí, zda usilovat

o úplné zrušení interrupčního zákona do určité doby těhotenství, nebo pouze o reformu zákona zvýšením kategorií žen způsobilých k umělému ukončení těhotenství. Hlavním argumentem zastánců reformy bylo, že každoročně docházelo k mnoha nelegálním potratům, často prováděným za nebezpečných okolností a s velkým rizikem pro ženu. V roce 1975 změnila své cíle podporovat právo ženy zvolit si potrat až do 12. týdne těhotenství a v roce 1977 bylo toto právo rozšířeno na životaschopnost plodu. V roce 2002 byl prosazen názor, že by měla žena usilovat o potrat na žádost až do 14. týdnů těhotenství (Francome, 2017).

2.6.3 Island

Island se stal v roce 1935 první západní zemí, kde byla uzákoněna možnost potratu. Ovšem nešlo o právo na potrat, jaký známe z Evropy, ale v podstatě šlo jen o dekriminizaci interrupce v přesně vymezených případech. Mezi tyto případy patřilo znásilnění, incest, ohrožení zdraví matky a také špatné socioekonomické podmínky. Otázka potratů byla později aktualizována zákonem v roce 1975, který povoluje provedení potratů z dalších důvodů jako ohrožení fyzického či duševního zdraví matky, možné defekty plodu, pokud je matka příliš mladá či je matka nepřipravená se o dítě postarat, pokud je její těhotenství následkem trestného činu nebo pokud je rodinná situace nepříznivá. Bohužel ani v současné době není možné provést interrupci pouze na žádost matky, jako je tomu ve většině nynější Evropy. Matka nemá právo se z jakýchkoli důvodů mimo výše uvedených rozhodnout pro interrupci a navíc rozhodnutí interrupce musí schválit dva lékaři a žena je povinna podstoupit poradenství před i po provedení zákroku. I přes přísnou legislativu na Islandu, bylo v roce 2012 provedeno více potratů na počet žen než v ostatních severských zemích (Lajdová, 2015).

PRAKTICKÁ ČÁST

3 FORMULACE PROBLÉMU

I přes veškeré antikoncepční pomůcky se v dnešní době stále velké množství žen potýká s umělým ukončením těhotenství, jež se stále pohybuje v řádu desítek tisíců. Jedná se cca o 18 000 UPT z 32 000 potratů ročně (ÚZIS, 2021). Tato problematika se nedotýká jen fyzické stránky ženy, ale i stránky psychické, která je kolikrát společností opomínána.

Mnoho žen si neuvědomuje následky či případná rizika spojené s interrupcí a tak je pro ně, při nechtěném těhotenství, první volbou. Důvody pro podstoupení UPT mohou být různorodé, ale mnoho žen si je nechává pro sebe. Přesto si myslím, že nejčastějšími důvody jsou nechtěné těhotenství u nezletilých dívek a mladých žen, nedostatek financí či slabé sociální zabezpečení.

V ČR je umělé přerušení těhotenství legální placený gynekologický zákrok, který žena podstupuje na základě svého svobodného rozhodnutí pod dohledem gynekologa v nemocničním zařízení. Přesto se i dnes najdou země, ve kterých to tak není a přístupnost potratů se v jednotlivých státech velmi liší. To vede k častému putování žen, požadujících potrat, ze států s přísnými pravidly do zemí, kde je zákrok umožněn. Zákaz interrupcí vede také k jejich ilegálnímu provádění. Interrupci často provádějí nekvalifikované osoby v naprosto nevyhovujících podmínkách, což vážně ohrožuje zdraví a život žen.

„Jsou ženy informovány o problematice umělého ukončení těhotenství?“

4 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY/PROBLÉMY

4.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, jakým způsobem jsou ženy informovány o problematice umělého ukončení těhotenství.

4.2 Dílčí cíle a výzkumné otázky/problémy

Cíl č. 1 – Zjistit, jaké faktory ovlivňují znalosti a informovanost žen o interrupci.

Výzkumný problém 1: Mají demografické údaje vliv na kvalitu informací ohledně umělého ukončení těhotenství?

Otázky číslo: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18

Výzkumný problém 2: Mají ženy pocit, že jsou informované v oblasti interrupce?

Otázky číslo: 26, 27, 28

Cíl č. 2 – Zjistit, zda ženy znají možné metody umělého ukončení těhotenství a podmínky, za kterých mohou být splněny.

Výzkumný problém 3: V jakém rozsahu jsou ženy informovány o metodách interrupce?

Otázky číslo: 5, 6, 7, 8, 9, 16

Výzkumný problém 4: Znají ženy podmínky, za kterých může být provedena konkrétní metoda interrupce?

Otázky číslo: 6, 7, 8, 9

Cíl č. 3 – Zjistit, jaká je znalost žen ohledně komplikací souvisejících s interrupcí.

Výzkumný problém 5: Znají ženy komplikace či rizika spojené s interrupcí?

Otázky číslo: 10, 11, 12, 17, 18

Výzkumný problém 6: Jsou si ženy vědomy psychické problematiky související s interrupcí?

Otázky číslo: 10, 13, 14, 15

Cíl č. 4 – Zjistit, jaký je pohled žen na problematiku interrupce.

Výzkumný problém 7: Z jakých důvodů by ženy podstoupily umělé ukončení těhotenství?

Otázky číslo: 19, 20, 21, 22, 23

Výzkumný problém 8: Jsou si ženy vědomy etické problematiky potratů?

Otázky číslo: 24, 25

5 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Pro výzkum mé bakalářské práce jsem zvolila záměrný výběr respondentů. Cílovou skupinou mého výzkumu jsou ženy ve fertilním věku od 18 do 45 let, které mají různé stupně vzdělání. Tato kritéria jsem zvolila proto, abych zjistila, zda se vyšší vzdělání podílí na lepší informovanosti žen ohledně umělého přerušování těhotenství. Dále jsem chtěla zjistit, zda budou mít lepší informace ženy mladšího věku, nebo naopak ženy staří. V neposlední řadě bylo také zjištění, jestli jsou ženy o této problematice obecně informovány nebo si potřebné informace musejí hledat samy.

6 METODIKA PRÁCE

V rámci výzkumu byla využita metoda kvantitativního sběru dat. V této metodě staticky popisujeme typ závislosti mezi poměnými veličinami a měříme intenzitu těchto závislostí. Kvantitativní výzkum je metoda standardizovaného výzkumu, pro který je typický větší vzorek respondentů. Ke sběru dat se nejčastěji využívá forma dotazníku. Za předpokladu kontroly podmínek, patří ke kvalitativnímu výzkumu systematické shromažďování a analýza numerických informací. (Kutnohorská, 2009, s. 21-22).

Tento typ výzkumu byl zvolen proto, aby bylo do výzkumu zapojeno co nejvíce respondentů a byla možnost získat dostatek dat pro výzkum. Pro získání informací byl vytvořen na internetových stránkách survio.com anonymní nestandardizovaný dotazník, který obsahoval 28 otázek. Z toho 16 uzavřených, u kterých byla možná pouze jedna správná odpověď, 6 polouzavřených, u kterých bylo možné označit více odpovědí a 6 otevřených. Vyplnění dotazníku trvalo přibližně 15 minut. Začátek dotazníku byl zaměřený na základní informace o ženách a na obecné informace ohledně umělého ukončení těhotenství. V dalších částech dotazníku se otázky věnovaly komplikacím, psychickým následkům a subjektivnímu pohledu na interrupci.

7 ORGANIZACE VÝZKUMU

Výzkum probíhal od 1. 10. 2021 do 31. 12. 2021. Dotazníky byly distribuovány pouze elektronickou formou, prostřednictvím webových stránek modrykonik.cz, eMimino.cz, facebook.com a instagram.com. Cílem bylo oslovit minimálně 100 – 120 respondentek. Dotazník byl zobrazen 393 krát, z toho dotazník vyplnilo pouze 120 respondentek. Úspěšnost vyplnění dotazníku byla v tomto případě 36,4%.

8 ZPRACOVÁNÍ DAT

Pomocí webové stránky survio.com byla získána potřebná data. Výsledky byly zpracovány pomocí MS Excel. Pro zpracování byla použita popisná statistika, absolutní a relativní četnost. Výsledky byly zpracovány deskriptivní metodou a znázorněny formou grafů.

9 ANALÝZA ÚDAJŮ

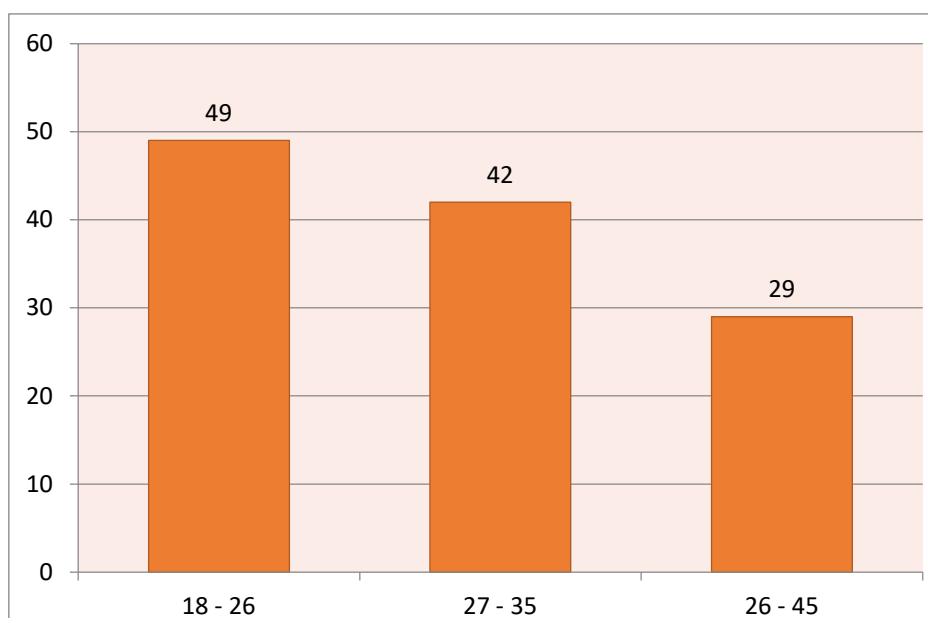
Výzkumný problém 1:

Mají demografické údaje vliv na kvalitu informací ohledně umělého ukončení těhotenství?

K tomuto problému se vztahují otázky číslo 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18

Grafické vyhodnocení otázky č. 1

Graf 1: Kolik je Vám let?

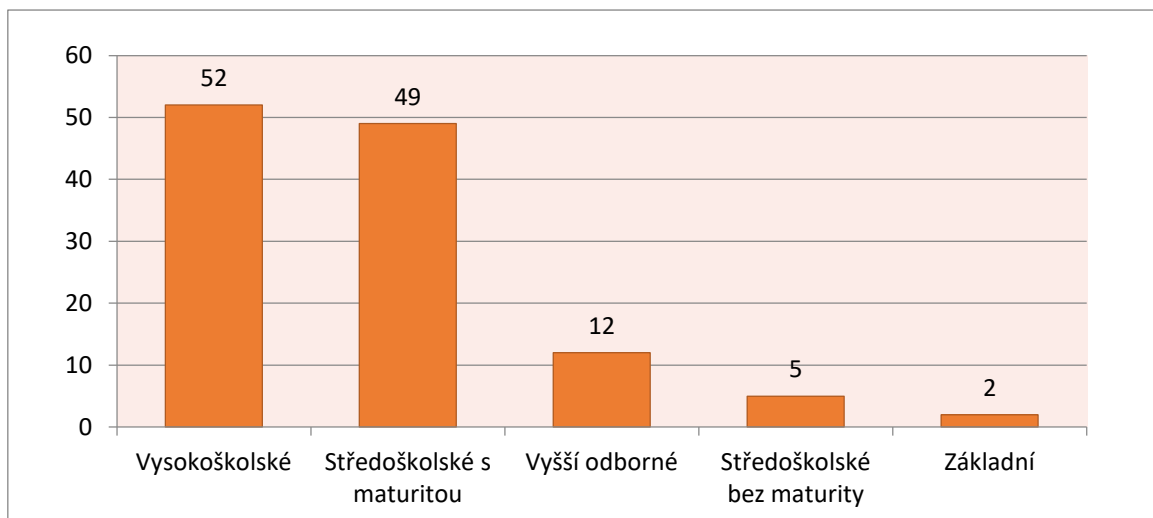


Zdroj: Vlastní

Shrnutí: Dle dat vycházejících z grafu 1 bylo ze 120 dotazovaných žen 49 žen (40,8 %) ve věku 18 – 26 let. Další početnou skupinou, byla skupina ve věku 27 – 35 let a tvořilo ji 42 žen (35 %). Nejméně žen se nacházelo ve věkové skupině v rozmezí 36 – 45 let, kterých bylo 29 (24,2 %).

Grafické vyhodnocení otázky č. 2

Graf 2: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

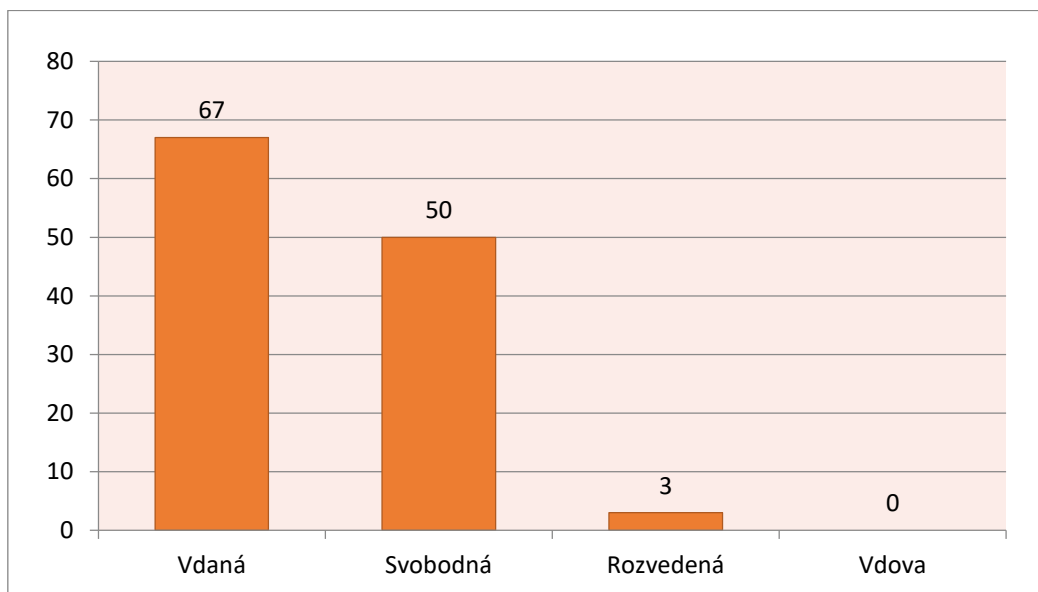


Zdroj: Vlastní

Shrnutí: Nejvíce dotazovaných žen 52 (43,3 %) měla vysokoškolské vzdělání. Další skupina 49 respondentek (40,8 %) měla ukončené středoškolské vzdělání s maturitou. Vyšší odborné mělo 12 žen (10 %), středoškolské bez maturity 5 žen (4,2 %) a základní vzdělání měly 2 ženy (1,7 %).

Grafické vyhodnocení otázky č. 3

Graf 3: Jaký je Váš rodinný stav?

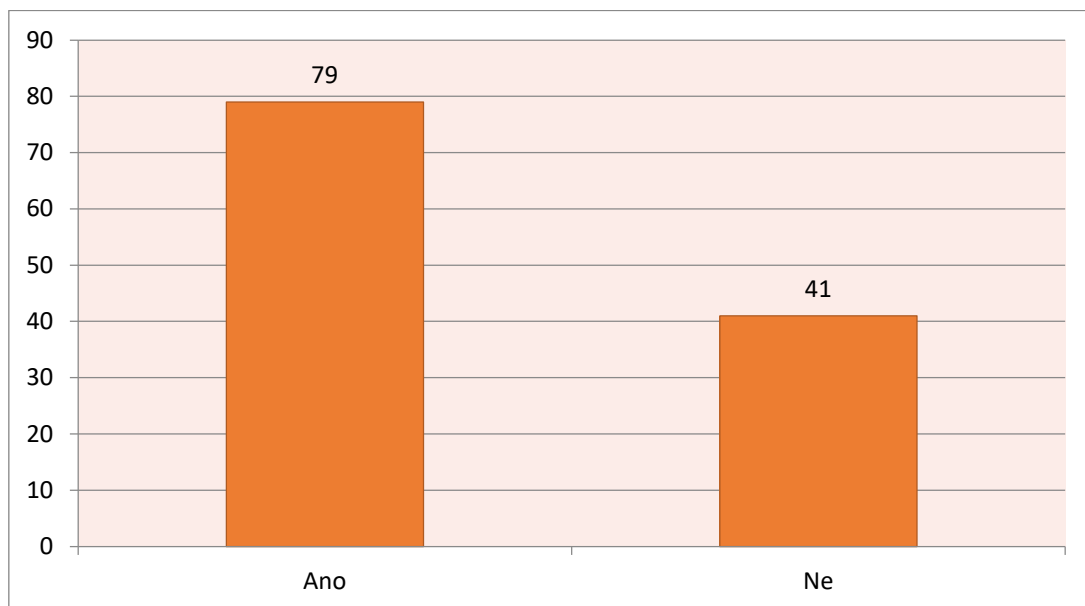


Zdroj: Vlastní

Shrnutí: Z celkového počtu 120 dotazovaných respondentek bylo 67 (55,8 %) vdaných. Druhou nejpočetnější skupinu tvořily svobodné ženy, kam patřilo 50 respondentek (41,7 %). Pouze 3 respondentky (2,5 %) byly rozvedené.

Grafické vyhodnocení otázky č. 4

Graf 4: Máte děti?



Zdroj: Vlastní

Shrnutí: V dotazníku jsme se respondentek ptali, zda mají děti. Z grafu 4 lze vyčíst, že 79 respondentek (65,8 %) má děti. Zbýlých 41 respondentek (34,2 %) bylo bezdětných.

Grafické vyhodnocení otázky č. 5

Tabulka 1: Jaké znáte metody umělého ukončení těhotenství?

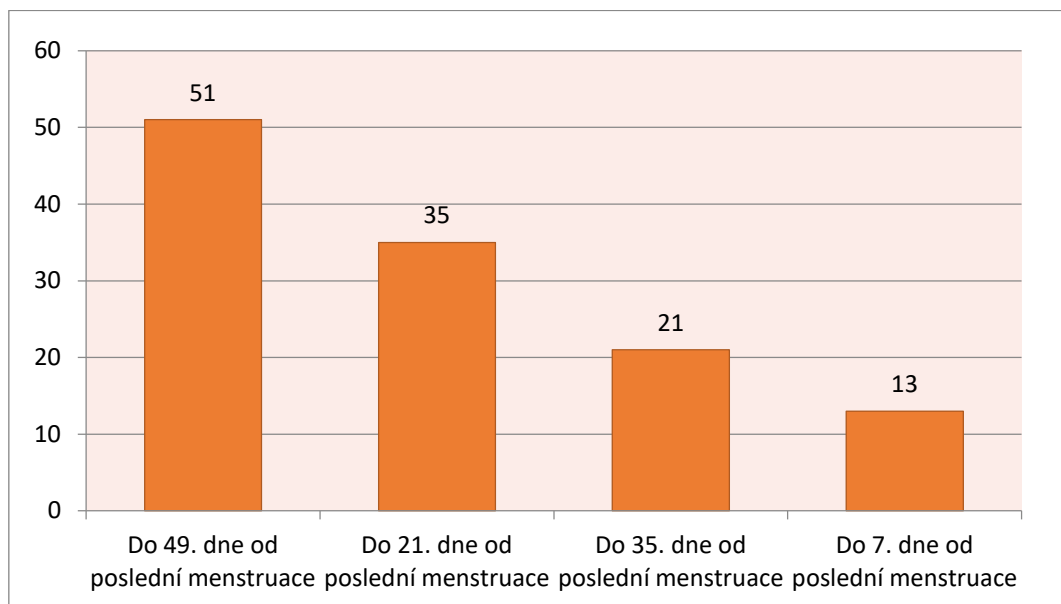
Odpověď	Počet respondentek	Procenta
Potratová pilulka	71	59,1%
Interrupce	58	48,3%
Chirurgická interrupce	30	25%
Mini interrupce	26	21,6%
Farmakologické ukončení těhotenství	15	12,5%
Kyretáž	13	10,8%
Postkoitální antikoncepce	10	8,3%
Potrat	9	7,5%
Vyvolání porodu	8	6,6%
Císařský řez	2	1,6%
Neznám	2	1,6%
Nevím	1	0,8%
Celkem respondentek	120	100%

Zdroj: Vlastní

Shrnutí: V dotazníku jsme se respondentek ptali, jaké znají metody umělého ukončení těhotenství. V této otázce měly respondentky možnost otevřené odpovědi. Více jak polovina 71 respondentek (59,1 %) ze 120 uvedlo metodu potratové pilulky. Další nejpočetnější skupina 58 respondentek (48,3 %) uvedla interrupci. Chirurgickou interrupci uvedlo 30 respondentek (25 %). 26 respondentek (21,6 %) uvedlo mini interrupci. Farmakologické ukončení těhotenství byla odpověď 15 respondentek (12,5 %). Kyretáž uvedlo 13 respondentek (10,8 %). 10 respondentek (8,3 %) uvedlo jako metodu umělého ukončení těhotenství postkoitální antikoncepci a 9 respondentek (7,5 %) potrat. 8 respondentek (6,6 %) si myslí, že mezi metody umělého ukončení těhotenství patří vyvolání porodu a 2 respondentky (1,6 %) uvedly císařský řez. Pouze 2 respondentky (1,6 %) uvedly, že neznají žádnou metodu umělého ukončení těhotenství a 1 respondentka (0,8 %) odpověděla, že neví.

Grafické vyhodnocení otázky č. 6

Graf 5: Farmakologické ukončení těhotenství lze provést:

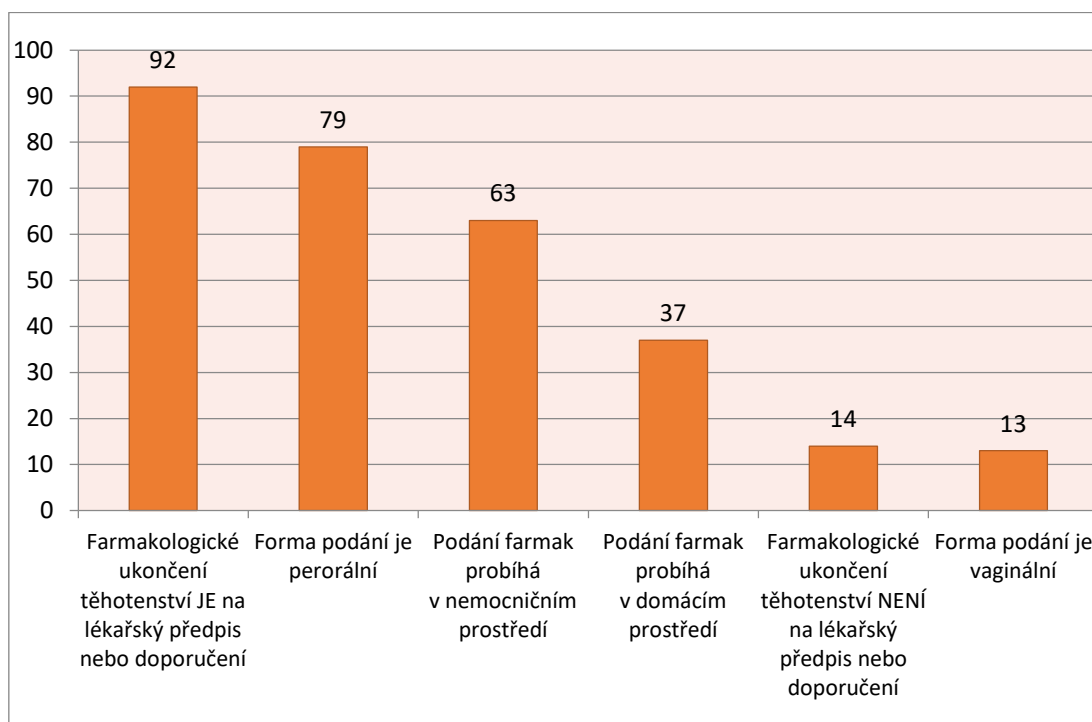


Zdroj: Vlastní

Shrnutí: Dle grafu 7, ve kterém je znázorněno, do kterého dne lze provést farmakologické ukončení těhotenství, odpovědělo 51 respondentek (42,5 %) do 49. dne od poslední menstruace a zvolily tak správnou odpověď. Dále 35 respondentek (29,2 %) odpovědělo, že farmakologické ukončení těhotenství lze provést do 21. dne od poslední menstruace, 21 respondentek (17,5 %) zvolilo 35. den a 13 respondentek (10,8 %) 7. den od poslední menstruace.

Grafické vyhodnocení otázky č. 7

Graf 6: Jaké z tvrzení platí pro farmakologické ukončení těhotenství?

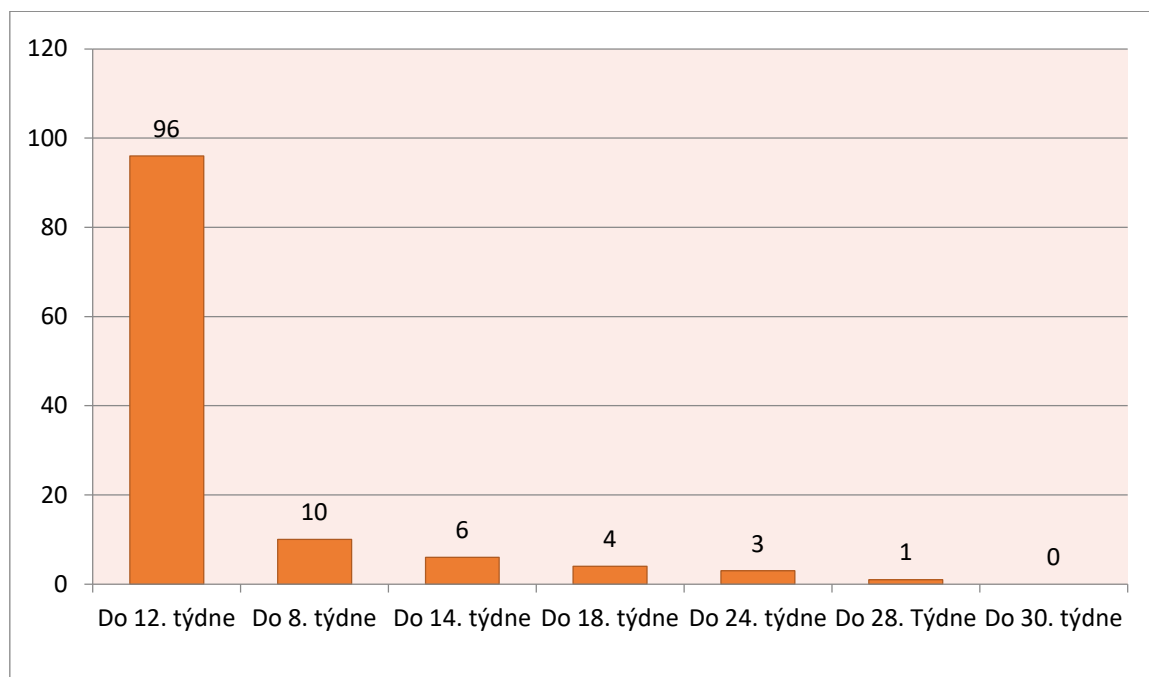


Zdroj: Vlastní

Shrnutí: V této otázce bylo možné vybrat více odpovědí. Z celkového počtu 120 odpovědělo 92 respondentek (76,7 %), že farmakologické ukončení těhotenství je na lékařský předpis nebo doporučení, tato odpověď je správná. Další správnou odpovědí bylo, že forma podání farmak je perorální. Správně odpovědělo 79 respondentek (65,8 %). Další skupina 63 respondentek (52,5 %) označilo správnou odpověď, že podání farmak probíhá v nemocničním prostředí. Naopak 37 respondentek (30,8 %) si myslí, že podání farmak probíhá v domácím prostředí. 14 respondentek (11,7 %) si myslí, že farmakologické ukončení těhotenství není na lékařský předpis nebo doporučení a 13 respondentek (10,8 %) označilo, že forma podání je vaginální.

Grafické vyhodnocení otázky č. 8

Graf 7: Do kolikátého týdne těhotenství může žena podstoupit umělé ukončení těhotenství na vlastní žádost?

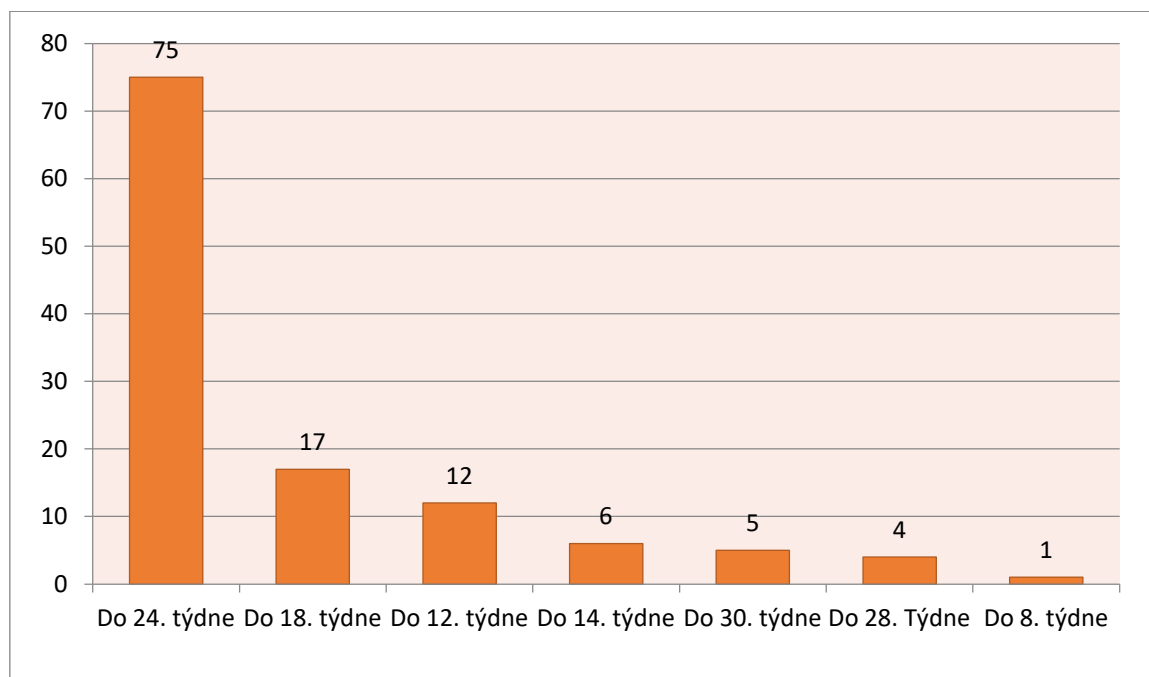


Zdroj: Vlastní

Shrnutí: Většina respondentek 96 (80 %) z celkového počtu 120 odpovědělo, že podstoupit umělé ukončení těhotenství na vlastní žádost žena může do 12. týdne těhotenství, tato odpověď je správná. 10 respondentek (8,3 %) si myslí, že o umělé ukončení těhotenství může žena žádat do 8. týdne těhotenství. Dalších 6 respondentek (5 %) zvolilo odpověď do 14. týdne. 4 respondentky (3,3 %) zvolily odpověď do 18. týdne těhotenství. Pouze 3 respondentky (2,5 %) odpověděly, že umělé přerušování těhotenství, lze provést do 24. týdne těhotenství a 1 (0,8 %) zvolila odpověď do 28. týdne těhotenství.

Grafické vyhodnocení otázky č. 9

Graf 8: Do kolikátého týdne těhotenství může žena podstoupit umělé ukončení těhotenství ze zdravotní indikace?



Zdroj: Vlastní

Shrnutí: 75 respondentek (62,5 %) z celkového počtu 120 odpovědělo, že podstoupit umělé ukončení těhotenství ze zdravotní indikace žena může do 24. týdne těhotenství, tato odpověď je správná. 17 respondentek (14,2 %) si myslí, že umělé ukončení těhotenství ze zdravotní indikace lze provést do 18. týdne těhotenství. Dalších 12 respondentek (10 %) zvolilo odpověď do 12. týdne. 6 respondentek (5 %) zvolilo odpověď do 14. týdne těhotenství. 5 respondentek (4,2 %) odpovědělo, že umělé přerušení těhotenství ze zdravotní indikace lze provést do 30. týdne těhotenství. Pouze 4 respondentky (3,3 %) zvolily odpověď do 28. týdne a 1 (0,8 %) zvolila odpověď do 8. týdne těhotenství.

Grafické vyhodnocení otázky č. 10

Tabulka 2: Jaké podle Vás mohou nastat komplikace či rizika v důsledku interrupce?

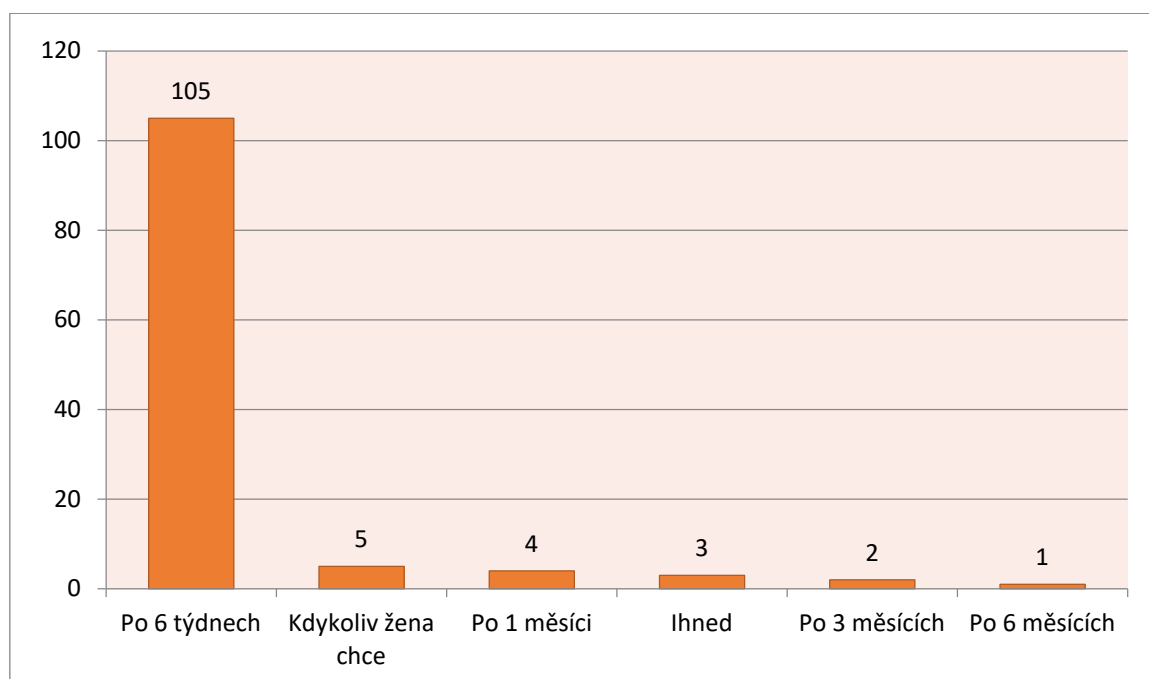
Odpověď	Počet respondentek	Procenta
Neplodnost	63	52,5%
Krvácení	53	44,1%
Problém otěhotnět	35	29,1%
Psychické problémy	30	25%
Poranění nebo poškození dělohy	23	19,1%
Infekce	20	16,6%
Zánět	19	15,8%
Srůsty	14	11,6%
Poruchy menstruačního cyklu	8	6,6%
Poranění děložního hrdla	6	5%
Komplikace v budoucím těhotenství	6	5%
Hormonální rozvrat	6	5%
Riziko dalších potratů	4	3,3%
Poškození orgánů	3	2,5%
Gynekologické potíže	3	2,5%
Nevím	3	2,5%
Rezidua	2	1,6%
Bolest	1	0,8%
Celkem respondentek	120	100%

Zdroj: Vlastní

Shrnutí: V této otázce měly respondentky možnost otevřené odpovědi. Celkem respondentky uvedly 18 různých komplikací a rizik, které si myslí, že mohou nastat po umělém ukončení těhotenství. Nejčastější odpovědí byla neplodnost, kterou uvedlo 63 respondentek (52,5 %) ze 120. 53 respondentek (44,1 %) uvedlo krvácení. Další častou odpovědí byl problém otěhotnět, který uvedlo 35 respondentek (29,1 %). 30 respondentek (25 %) odpovědělo psychické problémy. 23 respondentek (19,1 %) uvedlo poranění či poškození dělohy. Další častou odpovědí infekce, kterou uvedlo 20 respondentek (16,6 %). Zánět uvedlo 19 respondentek (15,8 %) a srůsty označilo 14 respondentek (11,6 %). Poruchy menstruačního cyklu 8 respondentek (6,6 %). 6 respondentek (5 %) uvedlo poranění děložního hrdla a stejný počet uvedl i komplikace v budoucím těhotenství a hormonální rozvrat. Riziko dalších potratů uvedly 4 respondentky (3,3 %). 3 respondentky (2,5 %) uvedly poškození orgánů a další 3 (2,5 %) uvedly gynekologické potíže. Pouze 3 respondentky (2,5 %) odpověděly, že neví odpověď na danou otázku. Rezidua uvedly 2 ženy (1,6 %) a 1 respondentka uvedla bolest (0,8 %).

Grafické vyhodnocení otázky č. 11

Graf 9: Pokud žena podstoupila interrupci, po jaké době může znovu zahájit pohlavní styk?

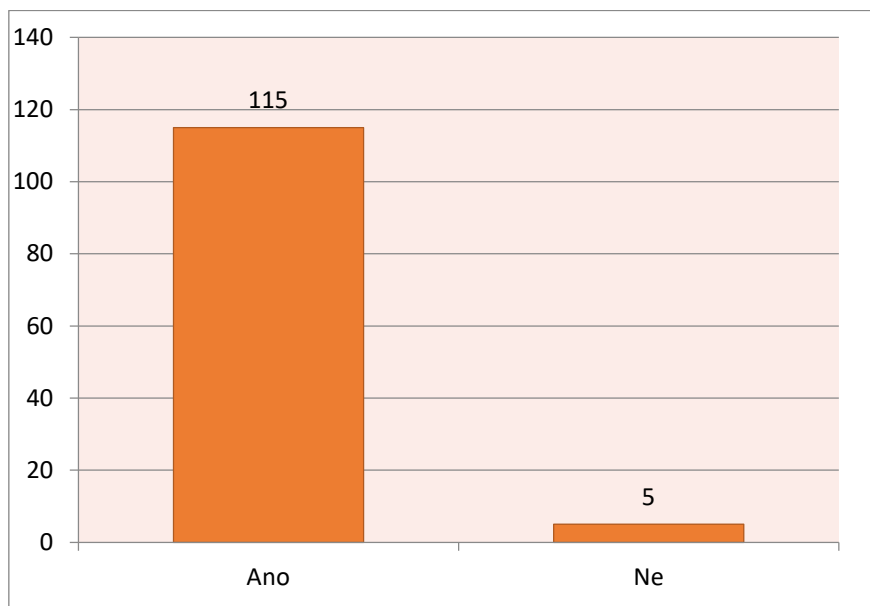


Zdroj: Vlastní

Shrnutí: V této otázce jsme se respondentek ptali, po jaké době od umělého přerušení těhotenství může žena opět zahájit pohlavní styk. Většina respondentek 105 (87,5 %), že pohlavní styk může žena zahájit po 6. týdnech od interrupce, tato odpověď je správná. 5 respondentek (4,2 %) si myslí, že žena může zahájit pohlavní styk po interrupci kdykoliv chce a 4 respondentky (3,3 %) zvolily odpověď po 1 měsíci od interrupce. 3 respondentky (2,5 %) si myslí, že žena může zahájit pohlavní styk ihned po interrupci. Pouze 2 respondentky (1,7 %) označily odpověď po 3 měsících a 1 respondentka (0,8 %) po 6 měsících.

Grafické vyhodnocení otázky č. 12

Graf 10: Myslíte si, že interrupce může mít negativní vliv na další těhotenství?



Zdroj: Vlastní

Shrnutí: Z dat v grafu 13 můžeme pozorovat, že většina respondentek 115 (95,8 %) si myslí, že interrupce může mít negativní vliv na další těhotenství. Pouze 5 respondentek (4,2 %) odpovědělo, že interrupce žádný negativní vliv na další těhotenství nemá.

Grafické vyhodnocení otázky č. 13

Tabulka 3: Jaké může mít dle Vašeho názoru interrupce psychické následky?

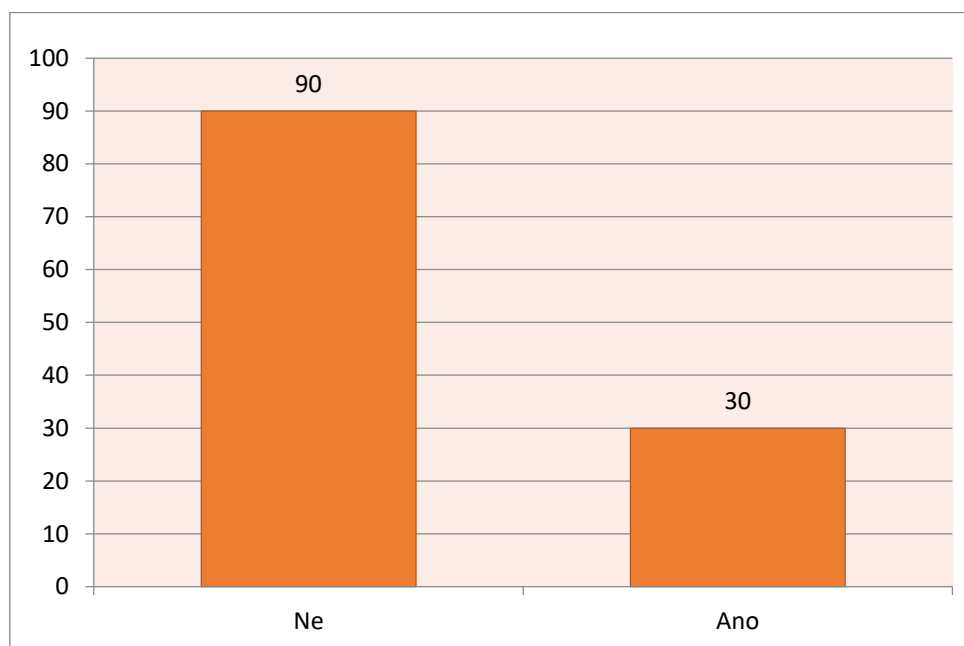
Odpověď	Počet respondentek	Procenta
Deprese	50	41,6%
Výčitky	43	35,8%
Velké psychické následky	20	16,6%
Úzkost	16	13,3%
Pocit viny	10	8,3%
Strach	9	7,5%
Sebeobviňování	6	5%
Postinterrupční syndrom	6	5%
Porucha spánku	4	3,3%
Problémy ve vztahu s partnerem	4	3,3%
Smutek	3	2,5%
Trauma	3	2,5%
Lítost	2	1,6%
Nemusí mít žádné	2	1,6%
Je to individuální	2	1,6%
Stud	1	0,8%
Nevím	1	0,8%
Celkem respondentek	120	100%

Zdroj: Vlastní

Shrnutí: V dotazníku jsme se žen ptali, jaké může mít interrupce psychické následky. V této otázce měly respondentky možnost otevřené odpovědi. Z celkového počtu 120 respondentek uvedlo 50 (41,6 %) depresi, jako psychický následek umělého ukončení těhotenství. Druhá nejpočetnější skupina 43 respondentek (35,8 %) uvedla výčitky. Velké psychické následky uvedlo 20 žen (16,6 %). 16 respondentek (13,3 %) si myslí, že následek interrupce může být úzkost. Pocit viny uvedlo 10 žen (8,3 %) a 9 (7,6 %) uvedlo strach. 6 žen (5 %) odpovědělo sebeobviňování stejně tak jako postinterrupční syndrom. Další různé odpovědi s nižším počtem responzí jsou uvedeny v tabulce.

Grafické vyhodnocení otázky č. 14

Graf 11: Víte, co je to postabortivní syndrom?



Zdroj: Vlastní

Shrnutí: 90 respondentek (75 %) z celkového počtu 120 odpovědělo, že neví co je postabortivní syndrom. Pouze 30 respondentek (25 %) odpovědělo, že ví, co je to postabortivní syndrom.

Grafické vyhodnocení otázky č. 15

Tabulka 4: Pokud jste odpověděla ano, krátce postabortivní syndrom popište.

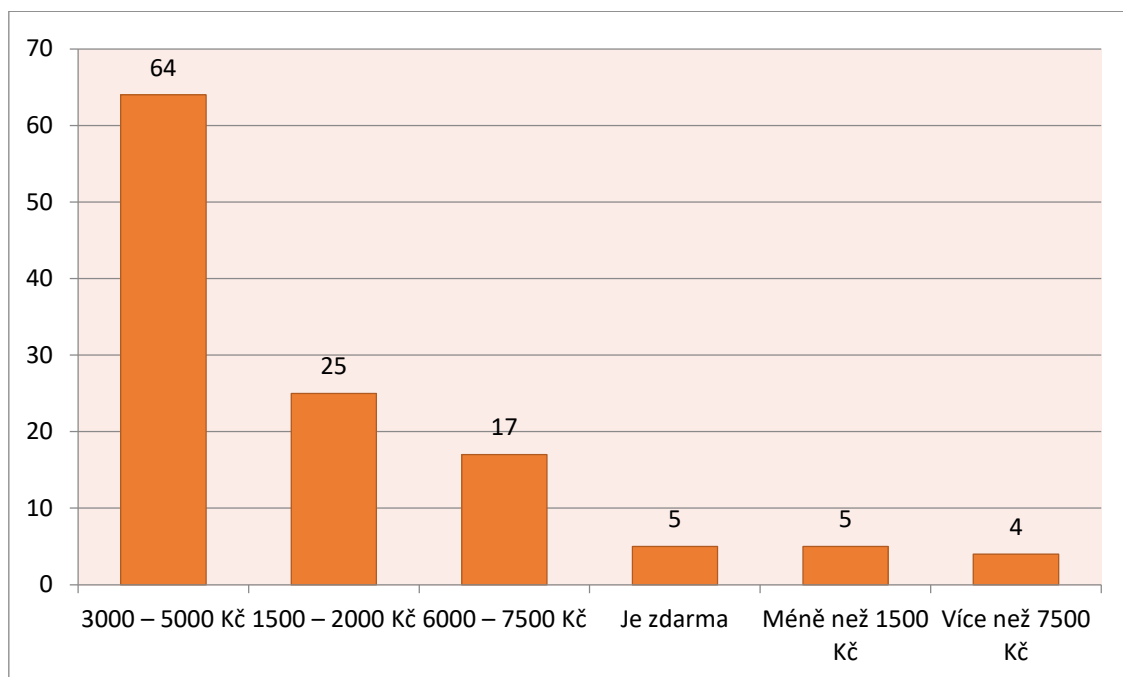
Odpověď	Počet respondentek	Procenta
Psychické následky po prodělaném potratu	10	33,3%
Soubor potíží po prodělaném potratu	7	23,4%
Posttraumatická porucha	4	13,3%
Mnoho psychických příznaků po samovolném nebo umělém potratu	3	10%
Výčitky svědomí po potratu	2	6,6%
Deprese po potratu	2	6,6%
Vyhýbání se těhotným a dětem	1	3,4%
Teorie o příznacích a potížích po potratu.	1	3,4%
Celkem respondentek	30	100%

Zdroj: Vlastní

Shrnutí: Tato otázka byla kontrolní a respondentky měly možnost otevřené odpovědi. 10 respondentek (33,3 %) ze 30 odpovědělo, že postabortivní syndrom jsou psychické následky po prodělaném potratu. 7 respondentek (23,4 %) uvedlo postabortivní syndrom jako soubor potíží po prodělaném potratu. Jako posttraumatickou poruchu popsalo postabortivní syndrom 4 respondentky (13,3 %). 2 respondentky (6,6%) odpověděly na otázku mnoho psychických příznaků po samovolném nebo umělém potratu. Stejný počet uvedl také výčitky svědomí po potratu. 1 respondentka (3,4 %) popsala, postabortivní syndrom jako vyhýbání se těhotným a dětem a 1 (3,4 %) označila tento syndrom jako teorii o příznacích a potížích po potratu.

Grafické vyhodnocení otázky č. 16

Graf 12: V jakém rozmezí se pohybuje cena za umělé ukončení těhotenství na vlastní žádost do 12. týdne těhotenství?

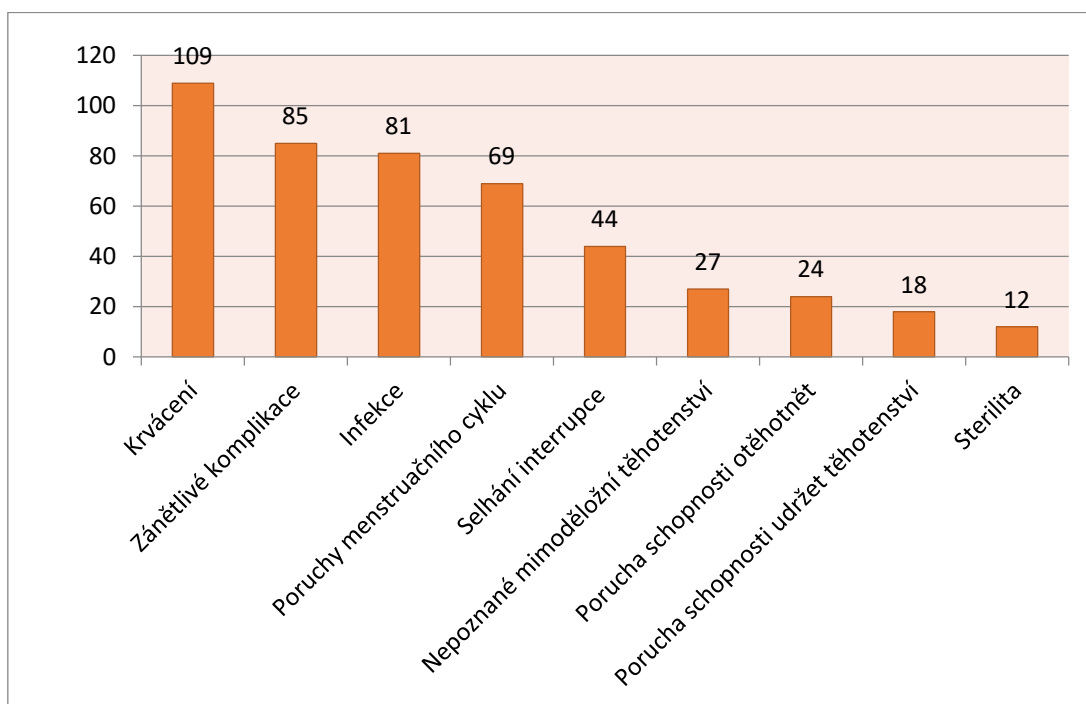


Zdroj: Vlastní

Shrnutí: Z dat z grafu 11 je patrné, že více jak polovina respondentek 64 (53,3 %) si myslí, že interrupce na vlastní žádost se pohybuje v cenovém rozmezí 3000 – 5000 Kč, tato odpověď je správná. 25 respondentek (20,8 %) označilo za správnou odpověď cenové rozmezí 1500 – 2000 Kč. 17 respondentek (14,2 %) vybralo cenové rozmezí 6000 – 7500 Kč. 5 respondentek (4,2 %) si myslí, že umělé přerušování těhotenství na vlastní žádost je zdarma a 5 respondentek (4,2 %) označilo odpověď méně než 1500 Kč a 4 respondentky (3,3 %) si myslí, že je interrupce na vlastní žádost dražší než 7500 Kč.

Grafické vyhodnocení otázky č. 17

Graf 13: Které komplikace v důsledku interrupce patří mezi komplikace časně?

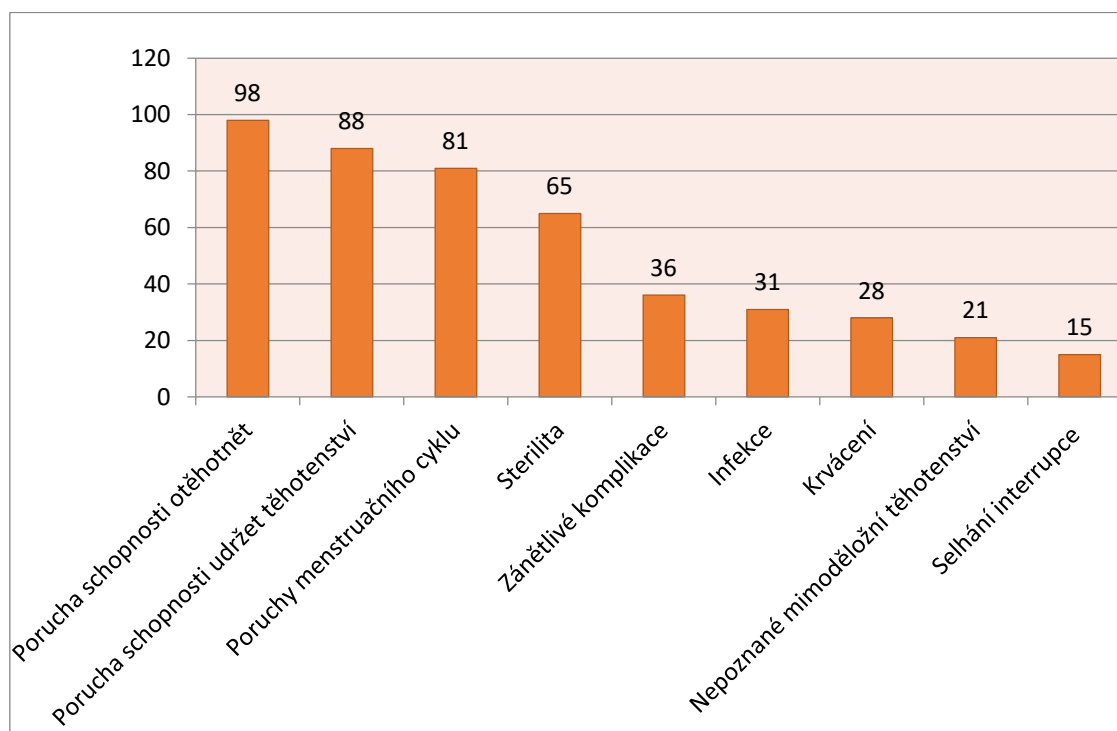


Zdroj: Vlastní

Shrnutí: V této otázce měly respondentky možnost vybrat více odpovědí. Nejpočetnější skupina 109 respondentek (90,8 %) z celkového počtu 120 odpověděla, že mezi časně komplikace interrupce patří krvácení. Tato odpověď je správná. Skupina 85 respondentek (70,8 %) označila další správnou odpověď a to zánětlivé komplikace. 81 respondentek (67,5 %) zvolilo odpověď infekce. Odpověď poruchy menstruačního cyklu zvolilo 69 respondentek (57,5 %). Poslední časná komplikace bylo selhání interrupce a jako správnou odpověď ji označilo 44 respondentek (36,7 %). 27 respondentek (22,5 %) zvolilo nepoznané mimoděložní těhotenství. Dále zvolilo 24 respondentek (20 %) odpověď porucha schopnosti otěhotnět. 18 respondentek (15 %) si myslí, že mezi časně komplikace po interrupci patří porucha schopnosti udržet těhotenství a pouze 12 respondentek (10 %) zvolilo jako odpověď sterilitu.

Grafické vyhodnocení otázky č. 18

Graf 14: Které komplikace v důsledku interrupce patří mezi komplikace pozdní?



Zdroj: Vlastní

Shrnutí: V této otázce byla možnost zvolit více odpovědí. Nejvíce respondentek 98 (81,7 %) z celkového počtu 120 si myslí, že mezi pozdní komplikace patří porucha schopnosti otěhotnět. Tato odpověď je správná. Druhá nejpočetnější skupina 88 respondentek (73,3 %) označila odpověď porucha schopnosti udržet těhotenství. 81 respondentek (67,5 %) označilo správnou odpověď, že mezi pozdní komplikace po interrupci patří poruchy menstruačního cyklu. Další správná odpověď je sterilita, kterou označilo 65 respondentek (54,2 %). Zánětlivé komplikace označilo 36 respondentek (30 %). Pouze 31 respondentek (25,8 %) označilo poslední správnou odpověď, kterou byla infekce. Krvácení uvedlo 28 respondentek (23,3 %). Nepoznané mimoděložní těhotenství označilo 21 respondentek (17,5 %) a 15 respondentek (12,5 %) označilo odpověď selhání interrupce.

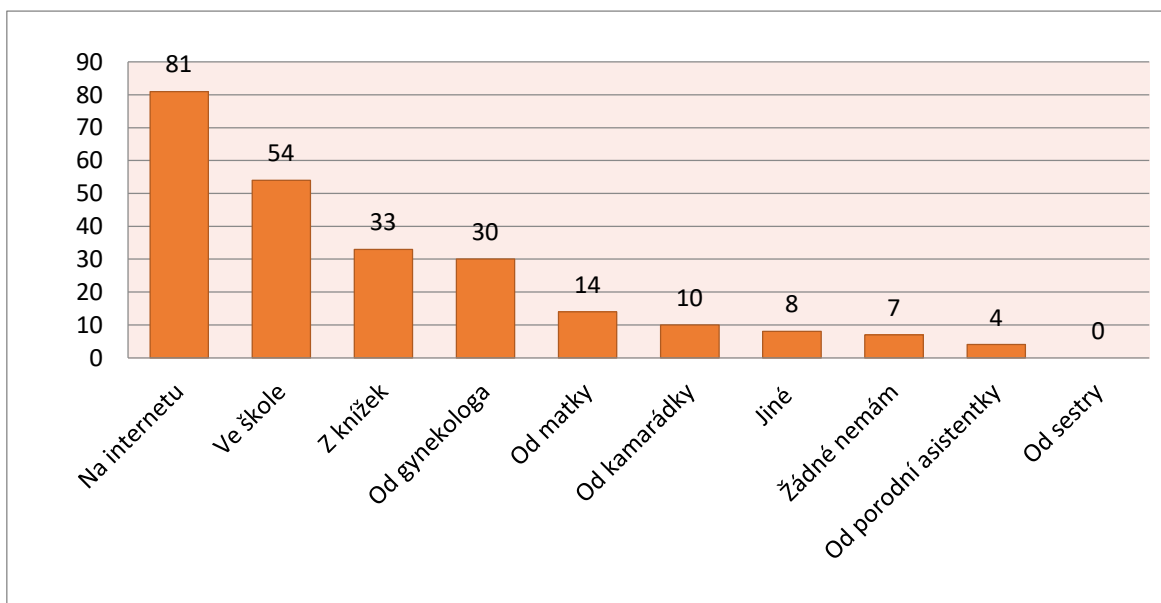
Výzkumný problém 2:

Mají ženy pocit, že jsou informované v oblasti interrupce?

K tomuto problému se vztahují otázky číslo 26, 27, 28

Grafické vyhodnocení otázky č. 26

Graf 15: Kde jste získala informace o umělém ukončení těhotenství?

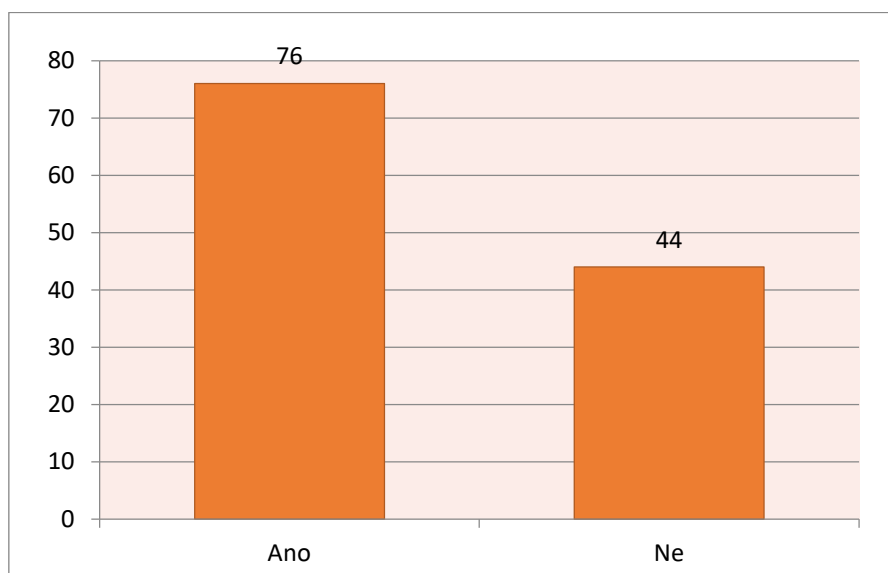


Zdroj: Vlastní

Shrnutí: Nejpočetnější skupina respondentek 81 (33,6 %) odpověděla, že informace o umělém ukončení těhotenství získala z internetových zdrojů. Druhá nejpočetnější skupina 54 (22,4 %) odpověděla, že informace získala ve škole, 33 respondentek (13,7 %) čerpalo z odborné literatury, 30 respondentek (12,4 %) bylo informováno svým gynekologem, 14 respondentek (5,8 %) získalo informace od matky, 10 respondentek (4,1 %) se informovalo od kamarádky. 8 respondentek (3,3 %) mělo informace z jiného zdroje. Mezi jinými odpověďmi se objevil zdroj časopisů, edukačních posterů, vlastní zkušenost, zaměstnání či IVF centrum. 7 žen (2,9 %) žádné informace nemá a 4 respondentky (1,7 %) získalo informace od porodní asistentky.

Grafické vyhodnocení otázky č. 27

Graf 16: Máte dostatek informací o problematice umělého ukončení těhotenství?



Zdroj: Vlastní

Shrnutí: Na otázku, zda mají respondentky dostatek informací o problematice umělého ukončení těhotenství, odpovědělo 76 respondentek (63,3 %) ano. Naopak 44 respondentek (36,7 %) si myslí, že dostatek informací nemá.

Grafické vyhodnocení otázky č. 28

Tabulka 5: Pokud jste odpověděla ne, o čem byste se ráda dozvěděla více?

Odpověď	Počet respondentek	Procenta
Nepotřebuji žádné další informace	17	38,6%
Následky k dalšímu těhotenství	9	20,4%
Postup interrupce	7	15,9%
Komplikace a možná rizika	6	13,6%
Možnosti interrupce	3	6,9%
Psychický stav matky	2	4,6%
Celkem respondentek	44	100%

Zdroj: Vlastní

Shrnutí: V této otázce měly respondentky možnost otevřené odpovědi. 17 respondentek (38,6 %) ze 44 odpovědělo, že k tomuto tématu nepotřebují žádné další informace, přesto, že si myslí, že nejsou dostatečně informované ohledně problematiky umělého ukončení těhotenství. 9 respondentek (20,4 %) by se rádo dozvědělo více informací ohledně následků k dalšímu těhotenství. 7 respondentek (15,9 %) chce více informací o postupu interrupce a 6 respondentek (13,6 %) ohledně komplikací a možných rizicích. 3 respondentky (6,9 %) by se rádo více informovalo ohledně možností interrupce a 2 respondentky (4,6 %) zajímá psychický stav matky po interrupci.

Výzkumný problém 3:

V jakém rozsahu jsou ženy informovány o metodách interrupce?

K tomuto problému se vztahují otázky číslo 5, 6, 7, 8, 9, 16

Otázka č. 5 – prezentovaná na straně 46

Otázka č. 6 – prezentovaná na straně 47

Otázka č. 7 – prezentovaná na straně 48

Otázka č. 8 – prezentovaná na straně 49

Otázka č. 9 – prezentovaná na straně 50

Otázka č. 16 – prezentovaná na straně 58

Výzkumný problém 4: Znají ženy podmínky, za kterých může být provedena konkrétní metoda interrupce?

K tomuto problému se vztahují otázky číslo 6, 7, 8, 9

Otázka č. 6 – prezentovaná na straně 47

Otázka č. 7 – prezentovaná na straně 48

Otázka č. 8 – prezentovaná na straně 49

Otázka č. 9 – prezentovaná na straně 50

Výzkumný problém 5:

Znají ženy komplikace či rizika spojené s interrupcí?

K tomuto problému se vztahují otázky číslo 10, 11, 12, 17, 18

Otázka č. 10 – prezentovaná na straně 51

Otázka č. 11 – prezentovaná na straně 52

Otázka č. 12 – prezentovaná na straně 53

Otázka č. 17 – prezentovaná na straně 54

Otázka č. 18 – prezentovaná na straně 55

Výzkumný problém 6:

Jsou si ženy vědomy psychické problematiky související s interrupcí?

K tomuto problému se vztahují otázky číslo 10, 13, 14, 15

Otázka č. 10 – prezentovaná na straně 51

Otázka č. 13 – prezentovaná na straně 54

Otázka č. 14 – prezentovaná na straně 55

Otázka č. 15 – prezentovaná na straně 56

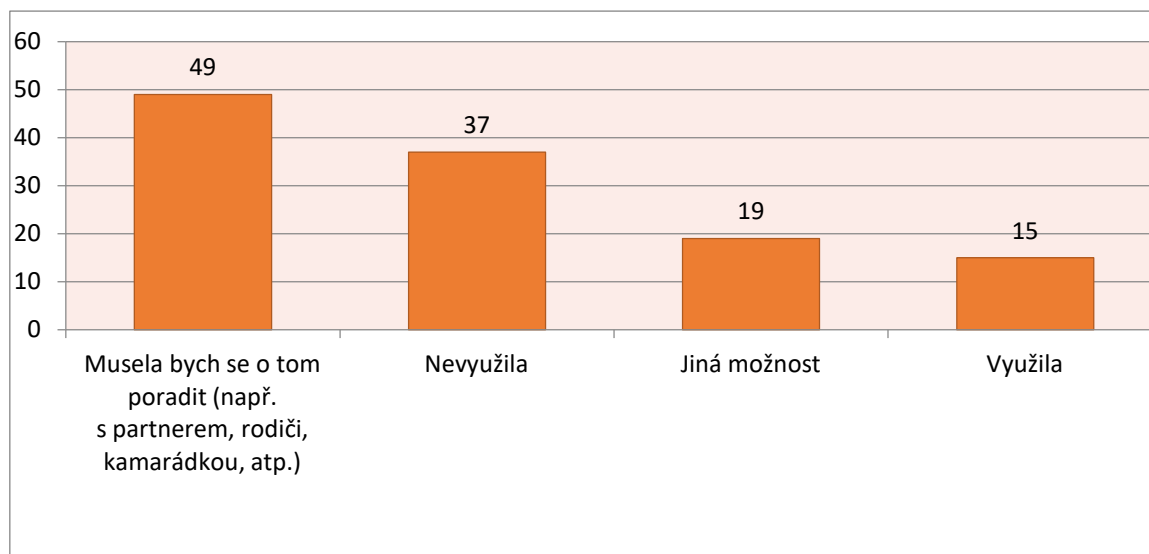
Výzkumný problém 7:

Z jakých důvodů by ženy podstoupily umělé ukončení těhotenství?

K tomuto problému se vztahují otázky číslo 19, 20, 21, 22, 23

Grafické vyhodnocení otázky č. 19

Graf 17: Možnost interrupce bych v okamžiku nechtěného těhotenství:

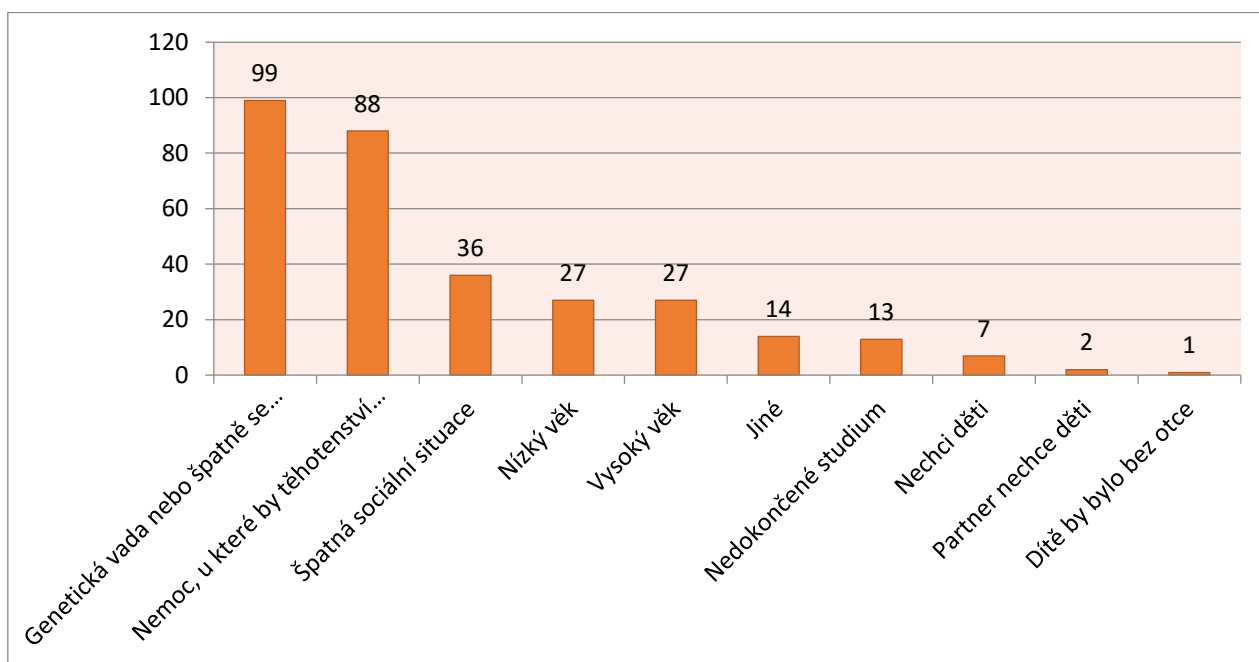


Zdroj: Vlastní

Shrnutí: Na otázku, zda by respondentky v okamžiku nechtěného těhotenství využily možnost interrupce, odpovědělo 49 respondentek (40,8 %), že by se o rozhodnutí muselo poradit například s partnerem, s rodiči či s kamarádkou. Interrupci by u nežádoucího těhotenství nevyužilo 37 respondentek (30,8 %). Jinou možnost by využilo 19 respondentek (15,8 %). Mezi jinými odpověďmi se nejčastěji objevovalo zmínění okolností spojené s interrupcí, jako je například zdravotní stav, věk nebo finanční situace, podle kterých by se respondentky následně rozhodly. Další frekventované odpovědi byly, že v případě znásilnění či při prokazatelném poškození plodu by respondentky interrupci podstoupily. Několik respondentek odpovědělo, že si tuto situaci neumí představit a neví, jak by ji řešily. Mezi jinými odpověďmi se dále objevila i odpověď, že pro některé ženy může být těhotenství vždy chtěné, proto by interrupci nikdy nepodstoupily. Pouze 15 respondentek (12,5 %) by interrupci využilo v případě nechtěného těhotenství.

Grafické vyhodnocení otázky č. 20

Graf 18: Z jakých důvodů byste Vy podstoupila umělé ukončení těhotenství?

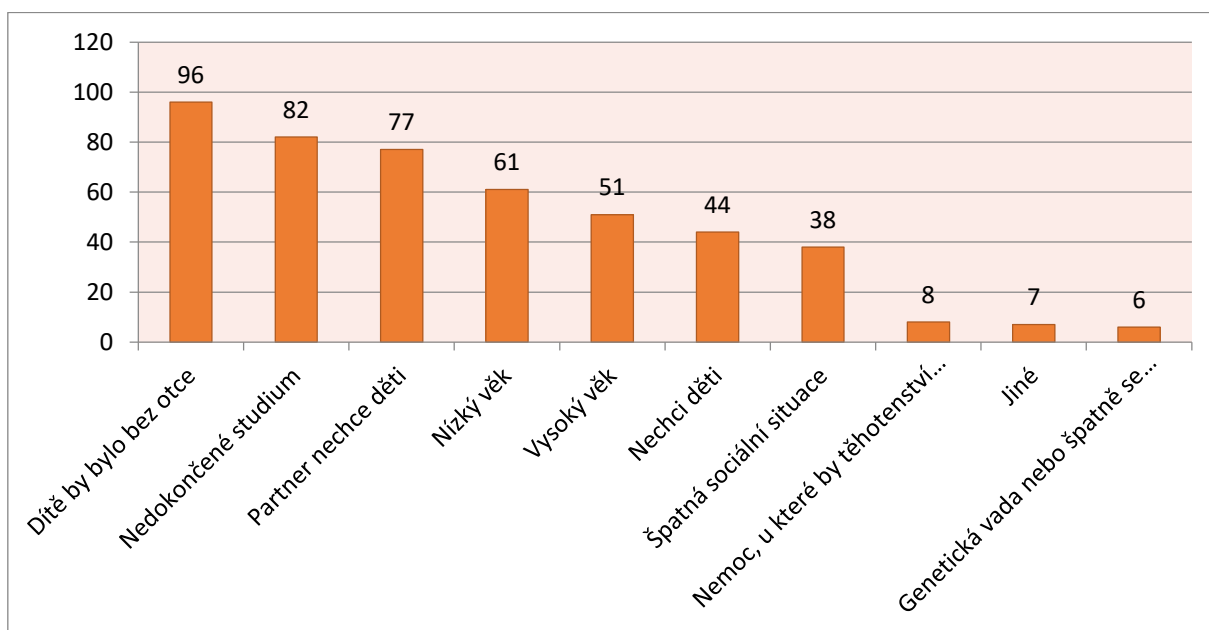


Zdroj: Vlastní

Shrnutí: U této otázky měly respondentky možnost zvolit více odpovědí. Nejpočetnější skupina 99 respondentek (82,5 %) odpověděla, že by podstoupila umělé ukončení těhotenství z důvodu genetické vady nebo špatně se vyvíjejícího plodu. Další početná skupina 88 respondentek (73,3 %) by podstoupila interrupci v případě nemoci, u které by těhotenství ohrozilo zdraví či život ženy. 36 respondentek (30 %) zvolilo špatnou sociální situaci. 27 respondentek (22,5 %) zvolilo nízký věk a 27 (22,5 %) zvolilo vysoký věk. Odpověď jiné označilo 14 respondentek (11,7 %). Mezi jinými odpověďmi byly nejpočetnější odpovědi těhotenství ze znásilnění, a že by respondentky nikdy interrupci nepodstoupily. Další jiné odpovědi: „*Neplánované těhotenství, např. čtvrté. Třetí těhotenství bychom ještě zvládli, čtvrté už ne. Dále v případě vícečetného těhotenství, např. čekat čtyřčata.*“, „*Pravděpodobně nepodstoupila, maximálně u těžkých VVV, ne např. u Downova syndromu.*“, „*Finanční nepřipravenost.*“, „*Jsem po císařském řezu. A nebylo mi doporučeno v bližší době mít další dítě. Proto používám patričnou ochranu, aby k takové situaci nedošlo.*“. Odpověď nedokončené studium zvolilo 13 respondentek (10,8 %). 7 respondentek (5,8 %) vybralo odpověď, že nechce děti. 2 respondentky (1,7 %) označily odpověď, kde partner nechce děti a 1 respondentka (0,8 %) označily odpověď, že by dítě bylo bez otce.

Grafické vyhodnocení otázky č. 21

Graf 19: Z jakých důvodů byste Vy nepodstoupila umělé ukončení těhotenství?

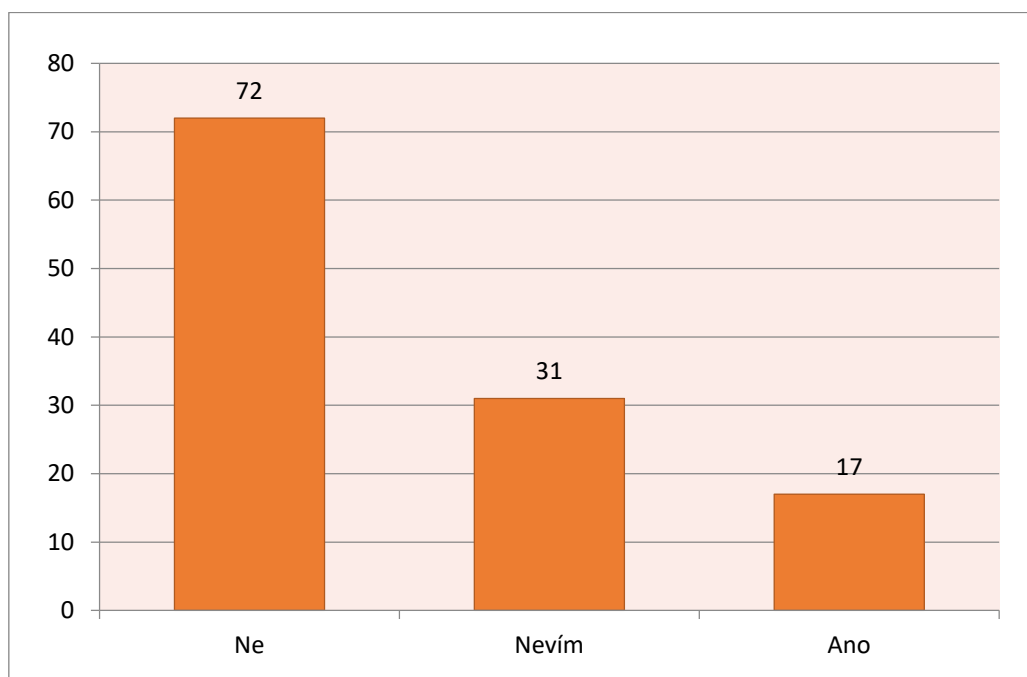


Zdroj: Vlastní

Shrnutí: V této otázce měly respondentky možnost zvolit více odpovědí. Z celkového počtu 120 respondentek odpovědělo 96 respondentek (80 %), že by nepodstoupily umělé ukončení těhotenství z důvodu, že by bylo dítě bez otce. 82 respondentek (68,3 %) by nepodstoupilo interrupci v případě nedokončeného studia a 77 respondentek (64,2 %) v případě, že by partner nechtěl děti. 61 respondentek (50,8 %) označilo nízký věk a 51 (42,5 %) označilo naopak vysoký věk. 44 respondentek (36,7 %) vybralo odpověď, že nechtějí děti. 38 respondentek (31,7 %) by nepodstoupilo interrupci v případě špatné sociální situace. 8 respondentek (6,7 %) by nepodstoupilo interrupci v případě nemoci, která by ohrožovala zdraví či život ženy. 7 respondentek (5,8 %) zvolilo jinou odpověď. Často respondentky zmiňovaly, že by interrupci nikdy nepodstoupily, nebo že by nezvolily žádnou z možností. Mezi jinými odpověďmi se objevovaly tyto odpovědi: „Každý má právo na život.“, „Strach, že budu v budoucnu neplodná.“, „Rozhodla bych se podle aktuální situace.“, „Vždy když by si to situace vyžádala, bych šla na UPT – genetická vada, špatné socioekonomické prostředí apod.“, „jednou chci mít děti a věřím, že když to přijde, tak to tak má být.“, „Citová vazba.“. Pouze 6 respondentek (5 %) vybralo genetickou vadu, nebo špatně se vyvíjící plod.

Grafické vyhodnocení otázky č. 22

Graf 20: Byl by u Vás věk hlavním rozhodujícím faktorem k podstoupení interrupce?



Zdroj: Vlastní

Shrnutí: Z grafu 20 je patrné, že na otázku, zda by byl věk hlavním rozhodujícím faktorem k podstoupení interrupce, odpověděla více jak polovina respondentek 72 (60 %) ne. 31 respondentek (25,8 %) neví, zda by byl věk hlavním rozhodujícím faktorem a 17 respondentek (14,2 %) odpovědělo ano.

Grafické vyhodnocení otázky č. 23

Tabulka 6: Pokud jste v předchozí otázce odpověděla ano, proč?

Odpověď	Počet respondentek	Procenta
Nízký věk	10	58,8%
Vysoký věk	4	23,5%
Nízký i vysoký věk	3	17,7%
Celkem respondentek	17	100%

Zdroj: Vlastní

Shrnutí: V této otázce měly respondentky možnost otevřené odpovědi. 10 respondentek (58,8 %) ve svých odpovědích zmínilo nízký věk. 4 respondentky (23,5 %) ve svých odpovědích zmínilo vysoký věk a 3 respondentky (17,7 %) zmínily nízký i vysoký věk. Výčet odpovědí respondentek: „Z důvodu nevyzrálosti (jak fyzicky tak psychicky) a z důvodu nedostatečného zajištění jak z finanční stránky, tak i ze stránky mít vlastní bydlení.“, „Nedostatek peněz a zázemí k uživení dítěte.“, „Nemyslím si, že v pozdním věku je dobré mít dítě.“, „Nízký věk je pro mě hodně nevhodný pro těhotenství.“, „Nízký věk -nedostatečný psychický vývoj, vysoký věk- možné zdravotní komplikace.“, „Nízký věk - nevyzrálost na to, mít dítě; dítě by mělo dítě, nemožnost studovat. Vysoký věk - já už bych se prostě na miminko necítila.“, „Pokud bych byla ve věku pod 18 let, tak rozhodně ano. Nedokázala bych se v tomhle věku smířit s těhotenstvím. Nechtěla bych ho.“, „Dítě potřebuje zázemí a rodiče, který ho něco naučí - k tomu musí něco sám umět. Mít životní zkušenosti.“, „To záleží na věku. Pokud se jedná o příliš nízký věk (např. pod 18 let) nebo příliš vysoký (nad 50 let), tak by věk určitě byl hlavním rozhodujícím faktorem. V případě věku např. nad 45 let by byl věk jedním z rozhodujících faktorů, ale k tomu by to byly i obavy o zdraví plodu atd.“, „Už jsem stará na dítě, ráda bych se dožila v klidu jeho dospělosti a měla energii na výchovu, což už asi nemám.“, „Věk by souvisel hlavně se sociálním zázemím, které bych neměla (vlastní byt) a necítila bych se připravená v nízkém věku.“, „Velmi vysoký věk s předvídaným vysokým rizikem komplikací, považovala bych to za racionální volbu, plus bych se už nebála o své reprodukční zdraví.“, „Ve věku nad 45 let by pro mě bylo nezodpovědné.“, „V mladším věku se projeví nevyzrálost a následně možná nedostatečná péče o dítě.“, „V pubertě mi těhotenství přijde jako velký problém, jinak se to vždy nějak dá vymyslet, ale tady je ta žena ještě dítě a je to problematické.“, „Záleželo by, jestli bych byla schopná se postarat. Ve vysokém věku, jestli bych na to měla sílu.“, „Úplně mladá a sama se cítit

jako dítě, nevím, jak by na mě koukalo okolí, to by pro mě byl asi největší problém. Určitě bych se dokázala postarat a vychovat, ale to okolí.“.

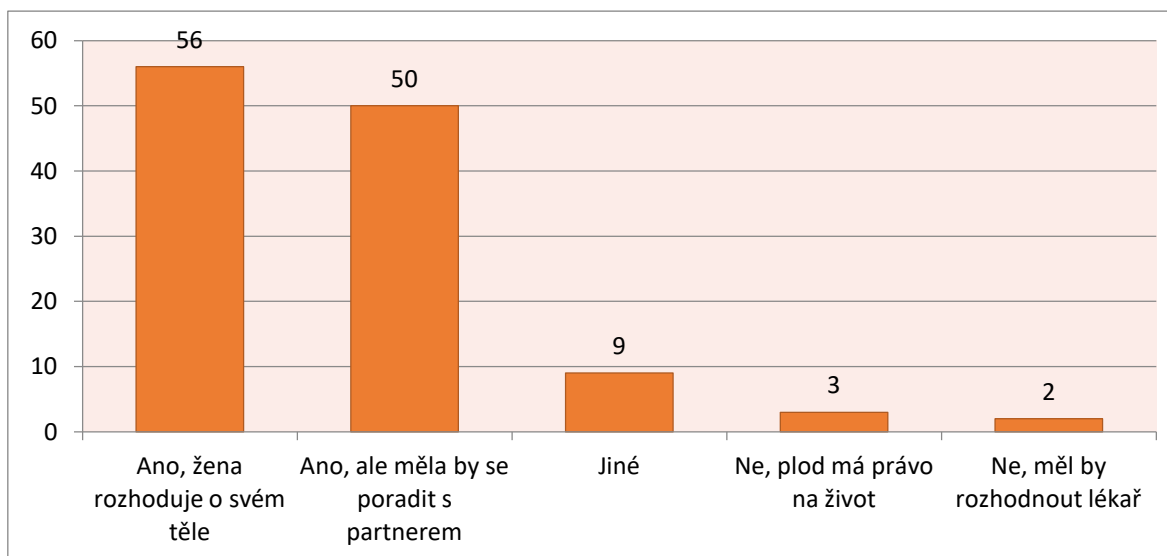
Výzkumný problém 8:

Jsou si ženy vědomy etické problematiky potratů?

K tomuto problému se vztahují otázky číslo 24, 25

Grafické vyhodnocení otázky č. 24

Graf 21: Je podle Vás správné, aby žena rozhodovala o životě plodu?

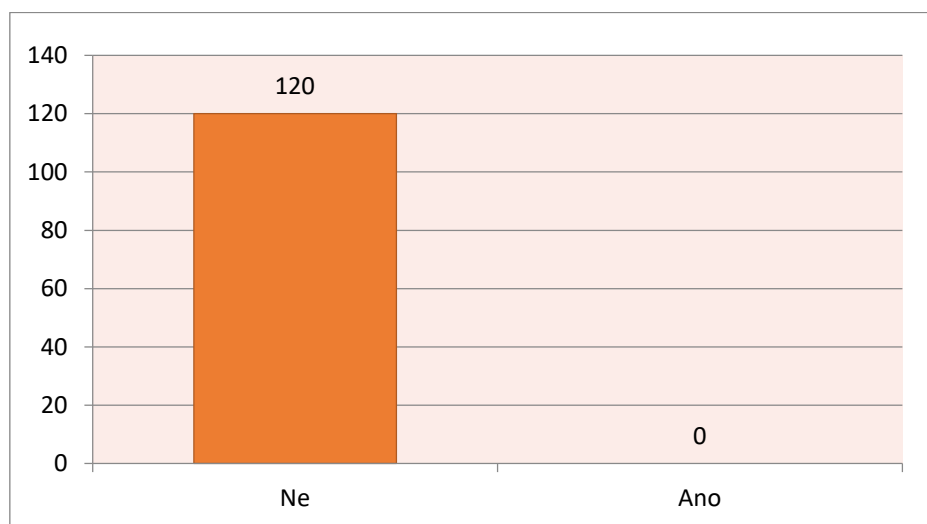


Zdroj: Vlastní

Shrnutí: Na otázku, zda je správné, aby žena rozhodovala o životě plodu, odpovědělo 56 respondentek (46,7 %) ano, žena rozhoduje o svém těle. 50 respondentek (41,7 %) si myslí, že ano, ale měla by se poradit s partnerem. Dále zvolilo 9 respondentek (7,5 %) jinou odpověď. Nejčastěji se objevila odpověď „*Ano, ale záleží na okolnostech.*“. Mezi další jiné odpovědi patří: „*Žena rozhodnut může, následky si také ponese sama.*“, „*Měla by se poradit s partnerem, ale ne nezbytně.*“, „*Za mě má plod právo na život, ostatní ať se rozhodnou dle jejich uvážení.*“, „*Ano, ale radit by se měla se stálým partnerem, ne s někým, koho potkala v baru. V tomto případě ať se žena rozhodne sama.*“, „*Ano, je správné, že se žena rozhoduje sama, ale měla by vědět, že rozhoduje i o životě jiného člověka.*“, „*Pokud je to dítě s partnerem, tak by měli rozhodovat spolu. Pokud byla žena např. znásilněná/zneužitá, mělo by to být hlavně její rozhodnutí.*“, „*Plod má právo na život, ale pokud situace jinak nedovolí...*“, „*Záleží na důvodu, proč to chce žena udělat.*“. Pouze 3 respondentky (2,5 %) zvolily odpověď ne, plod má právo na života a 2 respondentky (1,7 %) si myslí, že by měl rozhodnout lékař.

Grafické vyhodnocení otázky č. 25

Graf 22: Myslíte si, že je interrupce legální ve všech státech?



Zdroj: Vlastní

Shrnutí: Z grafu 22 je patrné, že v otázce, zda je interrupce ve všech státech legální, označilo všech 120 respondentek (100 %) odpověď ne.

10 PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Hlavní cíl: Zjistit, jakým způsobem jsou ženy informovány o problematice umělého ukončení těhotenství.

Dílčí cíl č. 1: Zjistit, jaké faktory ovlivňují znalosti a informovanost žen o interrupci.

Výzkumný problém 1: Mají demografické údaje vliv na kvalitu informací ohledně umělého ukončení těhotenství?

K výzkumnému problému se vztahují otázky číslo 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18.

V otázkách č. 1, 2, 3 a 4 jsme zjišťovali demografické údaje o ženách a následně je porovnávali s dalšími otázkami, abychom zjistili, zda mají demografické údaje spojitost s kvalitou informací. Otázka č. 5 zjišťovala, jaké znají respondentky metody interrupce. Pro úspěšnost této otázky, měly uvést minimálně dva příklady. Dva a více správných příkladů uvedlo 100 % respondentek ve věku 27 – 35 let a 36 – 45 let. Ve věku 18 – 26 let odpovědělo pouze 83,6 %. Dva a více správných příkladů také uvedlo 100 % respondentek se středním vzděláním s maturitou. S vysokoškolským vzděláním správně odpovědělo 94,2 % respondentek a 83,3 % respondentek s vyšším odborným vzděláním. Rodinný stav a parita žen neměla v této otázce vliv na odpovědi, neboť výsledky byly téměř totožné. V otázce č. 6 odpovědělo správně nejvíce žen (65,5 %) ve věku 36 – 45 let. Téměř stejné procento žen správně odpovědělo ve věku 18 – 26 a 27 – 35 let. Nejvíce správných odpovědí bylo u žen s vysokoškolským vzděláním (50 %) a naopak žádná žena se základním či středním vzděláním bez maturity neodpověděla správně. Rodinný stav neměl na odpovědi u této otázky vliv. Naopak lépe odpovídaly ženy, které měly děti (51,8 %). V otázce č. 7 měly ženy označit tvrzení, které platí pro farmakologické ukončení těhotenství. Správně byly tři odpovědi, které z celkového počtu 120 žen označilo jen 35 (29,2 %). Všechna tři správná tvrzení označilo téměř stejné procento ve všech věkových skupinách (24,1 %). Nejlépe však odpovídaly ženy s vysokoškolským vzděláním (30,7 %). Dále následovaly ženy se střední školou s maturitou (22,4 %) s vyšším odborným vzděláním (16,6 %). Žádná respondentka se základním vzděláním či středním vzděláním bez maturity neoznačila všechna tři správná tvrzení. Rodinný stav neměl na tuto otázku vliv, neboť svobodné ženy (30 %) odpovídaly téměř stejně úspěšně jako ženy vdané

(29,8 %) nebo rozvedené (28,7 %). Parita respondentek také neměla vliv na odpovědi respondentek. Ženy, které měly děti, byly úspěšné z 29,1 % a ženy bez dětí ve 29,2 %. V otázce č. 8 se téměř shodovaly správné odpovědi v jednotlivých věkových skupinách. Bylo tomu tak i u vzdělání a rodinného stavu. Ženy, které měly děti (87,3 %) odpověděly v této otázce lépe, než ženy bez dětí (24,3 %). Na otázku č. 9 odpovědělo správně nejvíce žen ve věkové skupině 27 – 35 let (83,3 %). Nejlépe odpovídaly ženy s vysokoškolským vzděláním (86,5 %). V 78,8 % nejlépe odpovídaly respondentky s vysokoškolským vzděláním. Druhá skupina byly ženy s vyšším odborným vzděláním (58,3 %) a třetí ženy se středoškolským vzděláním s maturitou (55,1 %). Respondentky se základním vzděláním a se střední školou bez maturity neodpověděly v této otázce správně. Rodinný stav neměl na odpovědi u této otázky vliv. Naopak lépe odpovídaly ženy, které měly děti (87,3 %) než ženy, které děti neměly (65,8 %). Otázka č. 10, zjišťovala, jaké podle respondentek mohou nastat komplikace či rizika v důsledku interrupce. Respondentky měly uvést minimálně tři příklady. Tři a více správné odpovědi uvedlo 59,5 % respondentek ve věku 27 – 35 let. Dále 58,6 % ve věku 36 – 45 let a 57,1 % ve věku 18 – 26 let. Můžeme tedy říct, že věk u této otázky neměl na odpovědi markantní vliv. Tři a více správné odpovědi uvedly ženy se středním vzděláním s maturitou (63,2 %), s vysokou školou (59,6 %) a vyšším odborným vzděláním (58,3 %). Výsledky se téměř nelišily u rodinného stavu a parity žen, proto tyto demografické údaje neměly na odpovědi vliv. Na otázku č. 11 po jaké době může žena po interrupci znovu zahájit pohlavní styk, nejlépe odpovídala věková skupina ve věku 27 – 35 let (97,6 %). Výsledky věkové skupiny 36 – 45 let (82,7 %) a věkové skupiny 18 – 27 let (81,6 %) se téměř nelišily. Nejlépe odpovídaly respondentky s vyšším odborným vzděláním (100 %). Úspěšnost odpovědí žen s vysokoškolským vzděláním (88,4 %), střední školou s maturitou (85 %) a střední školou bez maturity (80 %) byla velmi podobná. Rodinný stav ani parita žen neměly na odpovědi u této otázky vliv. V otázce č. 12, kde jsme se žen ptali, zda podle nich může mít interrupce negativní vliv na další těhotenství, odpovědělo správně nejvíce žen z věkové skupiny 18 – 26 let (100 %). Věková skupina 27 – 35 let odpověděla správně v 95,2 % a věková skupina 36 – 45 let odpověděla správně v 89,6 %. V této otázce nejlépe odpověděla skupina žen se středoškolským vzděláním s maturitou (96,3 %). Druhou nejlepší skupinou byly respondentky s vysokoškolským vzděláním (94 %). Rodinný stav ani parita žen neměly na odpovědi vliv, neboť výsledky se téměř nelišily. V otázce č. 13 jsme se respondentek ptali, jaké může mít dle jejich názoru interrupce psychické následky. Z celkového počtu 120 žen uvedlo 115 (95,8 %) správný příklad. V této otázce

neměl věk vliv na kvalitu odpovědí, neboť všechny věkové skupiny odpověděly téměř stejně (95,8 %). Nejlépe odpovídaly ženy s vysokoškolským a středním vzděláním s maturitou, kde měly obě tyto skupiny 98 % úspěšnost. Dále byly ženy s vyšším odborným vzděláním (91,6 %), se středním vzděláním s maturitou (80 %) a základním vzděláním (60 %). Rodinný stav a parita žen neměly na odpovědi v této otázce vliv, neboť se jednotlivé skupiny lišili minimálně. Otázka č. 14 zjišťovala, jestli ženy ví, co je to postabortivní syndrom. Nejvíce žen odpovědělo ano ve věku 36 – 45 let (27,5 %). 24,4 % žen odpovědělo ve věku 18 – 26 let a 23,8 % ve věku 27 – 35 let. Rozdíl mezi jednotlivými věkovými skupinami nebyl velký. Rozdíl mezi odpověďmi žen s vysokoškolským vzděláním (28,8 %), vyšším odborným vzděláním (25 %) a středním vzděláním s maturitou (24,4 %) nebyl velký. Ani jedna žena se základním a středním vzděláním bez maturity nevěděla, co je postabortivní syndrom. Rodinný stav a parita žen neměly na odpovědi v této otázce vliv, neboť zastoupení bylo u obou demografických údajů téměř stejné. Otázka č. 15 byla kontrolní, tudíž je interpretace výsledků u této otázky stejná jako u otázky č. 14. V otázce č. 16 bylo zjišťováno, zda respondentky znají přibližnou cenu za umělé ukončení těhotenství. Správnou odpověď uvedlo nejvíce respondentek ve věkové skupině 27 – 35 let (61,9 %). Výsledky správných odpovědí žen ve věkové skupině 18 – 26 let (48,9 %) a 36 – 45 let (48,2 %) byly prakticky stejné. Žádná z žen se základním vzděláním neodpověděla v této otázce správně. Odpovědi respondentek s vysokoškolským vzděláním (59 %), vyšším odborným vzděláním (58,3 %) a středním vzděláním s maturitou (51 %) byly téměř na stejné úrovni. Lépe odpovídaly vdané ženy (56,7 %) než svobodné ženy (48 %). Taktéž odpovídaly lépe respondentky, které měly děti (55,9 %) než respondentky, které děti neměly (48,7 %). Otázka č. 17 zjišťovala, které komplikace dle respondentek patří v důsledku interrupce mezi komplikace časně. Správné byly tři odpovědi, které z celkového počtu 120 respondentek označilo 32 (26,6 %). Nejlépe odpovídaly respondentky z věkové skupiny 36 – 45 let (31 %) a z věkové skupiny 27 – 35 let (28,5 %), které mezi sebou neměly velký procentuální rozdíl. Věková skupina 18 – 26 let byla úspěšná na 22,4 %. Taktéž nejlépe odpovídaly ženy s vysokoškolským vzděláním (36,5 %). Dále respondentky se střední školou s maturitou (22,4 %) a ženy s vyšším odborným vzděláním (16,6 %). Ani jedna žena se základním vzděláním či střední školou bez maturity nevedla všechny tři správné odpovědi. Lépe odpovídaly ženy vdané (31,3 %) než ženy svobodné (28 %), ale rozdíl nebyl markantní. Respondentky, které měly děti, byly v této otázce úspěšné na 27,8 % a respondentky bez dětí na 23,8 %. Otázka č. 18 zjišťovala, které komplikace

dle respondentek patří v důsledku interrupce mezi komplikace pozdní. Správné byly čtyři odpovědi, které z celkového počtu 120 respondentek označilo pouze 16 (13,3 %). Z tohoto počtu bylo 17,2 % ve věku 36 – 45 let. Dále 12,2 % ve věku 18 – 26 let a nakonec 11,9 % ve věkové skupině 27 – 35 let, kde se tyto dvě skupiny téměř shodovaly. Všechny čtyři správné odpovědi uvedlo nejvíce žen (15,3 %) s vysokoškolským vzděláním. S minimálním rozdílem oproti první skupině, byly respondentky se střední školou s maturitou (14,2 %). Respondentky s vyšším odborným vzděláním byly úspěšné na 8,3 %. Ani jedna žena se základním či středním vzděláním bez maturity neuvedla všechny správné odpovědi. Lépe odpovídaly ženy vdané (14,9 %) než ženy svobodné (12 %), opět však s malým rozdílem. Žádná rozvedená žena neuvedla všechny správné odpovědi. Parita žen neměla na odpovědi u této otázky vliv, neboť ženy s dětmi (13,9 %) byly stejně úspěšné jako ženy bez dětí (12,1 %). V závěru ve všech otázkách lépe odpovídaly ženy s vysokou školou, vyšším odborným vzděláním a střední školou s maturitou než ženy se základním vzděláním či se střední školou bez maturity. Dále měla souvislost věku a demografie na kvalitu informací ohledně umělého ukončení těhotenství minimální vliv.

Výzkumný problém 2: Mají ženy pocit, že jsou informované v oblasti interrupce?

K výzkumnému problému se vztahují otázky číslo 26, 27, 28.

V otázce č. 26 jsme se ptali, kde ženy získaly informace o umělém ukončení těhotenství. Nejvíce respondentek (67,5 %) získalo své informace ohledně umělého ukončení těhotenství na internetu. Je zajímavé, že přibližně čtvrtina respondentek (28,3 %) z celkového počtu 120 byla informovaná odborníkem, tedy gynekologem (25 %) nebo porodní asistentkou (3,3 %). Otázka č. 27 měla zjistit, zda mají respondentky dostatek informací o problematice umělého ukončení těhotenství. Více než třetina žen (36,7 %) si myslí, že nemá dostatek informací ohledně umělého ukončení těhotenství, ale pouze 27 (63,4 %) z nich, mělo zájem se dozvědět o této problematice další informace, což bylo zjištěno v otázce č. 28. Z dotazovaných respondentek má 77,5 % pocit, že jsou v oblasti interrupce informované.

Dílčí cíl č. 2: Zjistit, zda ženy znají možné metody umělého ukončení těhotenství a podmínky, za kterých můžou být splněny.

Výzkumný problém 3: V jakém rozsahu jsou ženy informovány o metodách interrupce?

K výzkumnému problému se vztahují otázky číslo 5, 6, 7, 8, 9, 16.

V otázce č. 5 jsme se respondentek ptali, jaké znají metody umělého ukončení těhotenství. Respondentky měly uvést minimálně dvě metody. Z celkového počtu 120 respondentek uvedlo dvě metody 83 (69,1 %). Více jak dvě metody uvedlo 20,8 % a pouze jednu metodu uvedlo 7,5 % žen. Ze všech odpovědí bylo 29 nesprávných a 3 respondentky (2,5 %) odpověděly, že žádnou metodu neznají, či že neví odpověď. V otázce č. 6 ženy odpovídaly, do kdy je možné podstoupit farmakologické ukončení těhotenství. Správně odpověděla méně než polovina (42,5 %). Otázka č. 7 měla za úkol zjistit, zda ženy znají podmínky podstoupení farmakologického ukončení těhotenství. Pouze 35 respondentek (29,2 %) označilo v této otázce všechny tři správná tvrzení. Dvě správná tvrzení označilo 40 % a jedno tvrzení 27,5 %. 4 respondentky (3,3 %) neoznačily ani jedno správné tvrzení. V otázce č. 8 odpovědělo 96 respondentek (80 %) správně na otázku, do kdy je možné provést umělé ukončení těhotenství na vlastní žádost a v otázce č. 9 odpovědělo 75 respondentek (62,5%) správně na otázku, do kdy je možné provést interrupci ze zdravotní indikace. Otázka č. 16 měla za úkol zjistit, zda ženy ví, v jakém rozmezí se pohybuje cena za umělé ukončení těhotenství na vlastní žádost. Na tuto otázku více jak polovina respondentek (53,5 %) odpověděla správně. Správná znalost metod umělého ukončení těhotenství byla u dotazovaných respondentek v 59,6 %.

Výzkumný problém 4: Znají ženy podmínky, za kterých může být provedena konkrétní metoda interrupce?

K výzkumnému problému se vztahují otázky číslo 6, 7, 8, 9.

V otázce č. 6 jsme se ptali, do jakého dne je možné podstoupit farmakologické ukončení těhotenství. Tuto odpověď vědělo 42,5 % respondentek. V otázce č. 7 u podmínek provedení farmakologické metody označilo pouze 35 respondentek (29,2 %) z celkového počtu všechna tři správná tvrzení. Ze 120 respondentek odpovědělo 96 (80 %) správně na otázku č. 8, do kdy je možné provést interrupci na vlastní žádost a 75 respondentek (62,5 %) odpovědělo správně na otázku č. 9, do kdy je možné podstoupit umělé ukončení těhotenství ze zdravotní indikace. Podmínky, za kterých může být provedena konkrétní metoda interrupce, zná 53,5 % žen.

Dílčí cíl č. 3: Zjistit, jaká je znalost žen ohledně komplikací souvisejících s interrupcí.

Výzkumný problém 5: Znájí ženy komplikace či rizika spojené s interrupcí?

K výzkumnému problému se vztahují otázky číslo 10, 11, 12, 17, 18.

V otázce č. 10 jsme se respondentek ptali, jaké podle nich mohou nastat komplikace či rizika v důsledku interrupce. Respondentky měly uvést minimálně tři příklady. Z celkového počtu 120 respondentek odpovědělo pouze 18 (15 %) více příkladů, než bylo požadováno. Tři příklady uvedlo 43,3 %. Zbytek dotazovaných respondentek (41,7 %) nevypsalo požadovaný počet rizik či komplikací. Otázka č. 11 zjišťovala, zda respondentky ví, po jaké době od prodělané interrupce může žena znovu otěhotnět. Na tuto otázku odpovědělo 105 žen (87,5 %) správně. V otázce č. 12 odpovídaly respondentky na otázku, zda si myslí, že může mít interrupce negativní vliv na další těhotenství. 95,8 % dotazovaných žen si myslí, že ano. Otázka č. 17 zjišťovala, které komplikace v důsledku interrupce patří mezi komplikace časně. V této otázce byla možnost zvolit více odpovědí. Všechny tři správné odpovědi uvedlo pouze 32 respondentek (26,6 %). Dvě správné odpovědi uvedla méně než polovina respondentek (46,6 %). 3 ženy (2,5 %) neuvedlo ani jednu správnou odpověď. Otázka č. 18 zjišťovala, které komplikace v důsledku interrupce patří mezi komplikace pozdní. V této otázce byla možnost zvolit více odpovědí. Pouze 16 respondentek (13,3 %) z celkového počtu 120 zvolily správně všechny čtyři odpovědi. Tři správné odpovědi uvedlo již 33 žen (27,5 %). 7 žen (5,8 %) neuvedlo ani jednu správnou odpověď. Komplikace či rizika spojené s interrupcí zná více než polovina (56,3 %) respondentek.

Výzkumný problém 6: Jsou si ženy vědomy psychické problematiky související s interrupcí?

K výzkumnému problému se vztahují otázky číslo 10, 13, 14, 15.

Otevřená otázka č. 10 zjišťovala, jaké mohou podle žen nastat komplikace či rizika v důsledku interrupce. V této otázce odpovědělo jen 25 % žen psychické problémy. Otázka č. 13 byla již položena konkrétněji a zde jsme se ptali, jaké může mít interrupce psychické následky. Na tuto otázku odpověděla většina respondentek (95,8 %) minimálně dva příklady. Nejčastější odpovědí byla deprese (41,6 %). Druhou nejčastější odpovědí byly ve 35,8 % výčitky. Pouze 2 respondentky (1,6 %) uvedly, že nemusí mít žena žádné následky a že následky mohou být individuální. V otázce č. 14 z celkového počtu 120 respondentek, pouze 25 % respondentek uvedlo, že ví, co je to postabortivní syndrom.

K ověření této otázky sloužila otázka č. 15, kde všech 25 % respondentek správně postabortivní syndrom popsalo. Odpovědi vypovídají o tom, že méně než polovina respondentek (48,3 %) si je vědoma psychické problematiky spojené s interrupcí.

Dílčí cíl č. 4: Zjistit, jaký je pohled žen na problematiku interrupce.

Výzkumný problém 7: Z jakých důvodů by ženy podstoupily umělé ukončení těhotenství?

K výzkumnému problému se vztahují otázky číslo 19, 20, 21, 22, 23.

Otázka č. 19 zjišťovala, zda by ženy možnost interrupce v okamžiku nechtěného těhotenství využily či nevyužily. V tomto případě by možnost interrupce využilo pouze 12,5 % respondentek. V otázce č. 20 bylo zjišťováno, za jakých okolností by ženy podstoupily interrupci. Z celkového počtu 120 respondentek uvedla většina (82,5 %), že by interrupci podstoupilo pouze v případě genetické vady nebo špatně se vyvíjejícího plodu. Druhým častým důvodem byla v 73,3 % nemoc, u které by těhotenství ohrozilo zdraví či život ženy. Je zajímavé, že kvůli nízkému věku by interrupci podstoupila pouze necelá čtvrtina (22,5 %) respondentek z celkového počtu. Otázka č. 21 zjišťovala, za jakých podmínek by ženy interrupci nepodstoupily. V 80 % by respondentky nepodstoupily interrupci v případě, že by bylo jejich dítě bez otce. U otázky č. 22, zda by byl věk rozhodujícím faktorem k podstoupení interrupce, uvedlo 72 respondentek (60 %) odpověď ne. Pouze 17 žen (14,2 %) odpovědělo ano. Následně jsme se v otázce č. 23 těchto respondentek ptaly, proč by byl pro ně věk rozhodující. Nejčastější odpovědí byl nízký věk, který s sebou nese psychickou i fyzickou nevyzrálou a často i špatnou finanční situaci pro zajištění dítěte. Naopak se také vyskytly odpovědi, že ve vysokém věku nese těhotenství jistá rizika pro matku i plod.

Výzkumný problém 8: Jsou si ženy vědomy etické problematiky potratů?

K výzkumnému problému se vztahují otázky číslo 24, 25.

Otázka č. 24 měla za úkol zjistit, zda je podle respondentek správné, aby žena rozhodovala o životě plodu. Z celkového počtu 120 respondentek si 88,4 % myslí, že je správné, aby žena rozhodla o životě plodu. Konkrétně 46,7 % uvedlo, že žena by měla rozhodovat o svém těle, tudíž i o plodu a 41,5 % uvedlo, že by se žena měla nejdříve o interrupci poradit, ale závěr by měla rozhodnout žena sama. Pouze 2,5 %

respondentek uvedlo, že není správné, aby žena rozhodla, neboť má plod právo na život. Otázka č. 25 zjišťovala, zda si ženy myslí, že je interrupce legální ve všech státech. Celkový počet 120 žen (100 %) uvedlo, že umělé přerušování těhotenství není legální ve všech státech. Etické problematiky interrupce, jsou si ženy vědomy.

DISKUZE

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou umělého ukončení těhotenství a je zaměřena na znalosti žen v oblasti této problematiky, na péči porodní asistentky, legislativu a etickou stránku. Problematika interrupcí nebyla nikdy dříve více diskutovaným a probíraným tématem jako v dnešní době. Tato problematika se netýká jen mladých či nezletilých dívek, důsledkem odkládání těhotenství do vyššího věku. Proto se s touto situací mohou setkat ženy v jakémkoli reprodukčním období. Je nutné podotknout, že problematika interrupce nezatěžuje jen ženu, ale také jejího partnera a nejbližší okolí. Porodní asistentka by tedy měla vědět, jak správně o ženu pečovat a jak edukovat i její rodinu.

Pomocí dotazníkového šetření byl prováděn kvantitativní výzkum, který byl zvolen pro tuto bakalářskou práci. Vytvořený dotazník byl určen respondentkám ve věku 18 – 45 let, tedy v reprodukčním období. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 120 respondentek. Bakalářská práce měla celkem pět cílů, kdy hlavním cílem bylo zjistit, jakým způsobem jsou ženy informovány o problematice umělého ukončení těhotenství. Dále byly stanoveny čtyři dílčí cíle. V prvním z nich bylo cílem zjistit, jaké faktory ovlivňují znalosti a informovanost žen o interrupci. Druhý dílčí cíl zjišťoval, zda ženy znají možné metody umělého ukončení těhotenství a podmínky, za kterých můžou být splněny. Třetí dílčí cíl měl za úkol zmapovat, jaká je znalost žen ohledně komplikací souvisejících s interrupcí. Poslední čtvrtý dílčí cíl zjišťoval, jaký je pohled žen na problematiku interrupce.

První čtyři otázky v dotazníkovém šetření byly zvoleny tak, aby se na základě nich mohl charakterizovat výzkumný vzorek. Zajímalo nás, zda mají demografické údaje vliv na kvalitu informací respondentek. Z odpovědí bylo zjištěno, že demografické údaje, konkrétně věk, rodinný stav a parita žen, mají na kvalitu informací minimální vliv. Vzdělání již hrálo ve kvalitě informací roli, neboť odpovídaly lépe ženy s maturitní zkouškou, vyšší odbornou školou či vysokoškolským diplomem. Tuto otázku nebylo možné porovnat s jinými výsledky, neboť nikde nebyla zkoumána souvislost demografických údajů s kvalitou odpovědí. Osobně mě však překvapilo, že výsledky jednotlivých věkových skupin byly téměř stejné. Z toho můžeme usoudit, že jsou dnes dívky i mladé ženy kvalitně informované o problematice umělého ukončení těhotenství, s čímž souvisí osvěta antikoncepčních metod a plánovaného těhotenství.

Dále jsme zjišťovaly, zda si respondentky osobně myslí, že jsou dostatečně informované v oblasti interrupce. Jako zdroj edukace a informací respondentky nejčastěji uváděly internet. Stejnou informaci zjistila i Bittnerová (2018, s. 51) ve své práci a taktéž souhlasím s jejím názorem, že zdroj internetu nemusí být vždy věrohodný a nejlepší způsob získávání ověřených informací, proto by měly být ženy vždy poučeny odborníkem. Z odpovědí v dotazníkovém šetření vyšlo, že 77,5 % respondentek má pocit, že jsou v oblasti interrupce informované. Z respondentek, které informace nemají, se chtělo 63,4 % dozvědět něco víc. Bittnerová (2018, s. 49) v její bakalářské práci zjistila, že pouze polovina respondentek (52,4 %) má pocit informovanosti ohledně této problematiky. Z respondentek, které dostatek informací neměly, by jen 26,2 % chtělo informovat o této problematice více.

Jedním z cílů bylo zjistit, zda ženy znají možné metody umělého ukončení těhotenství a podmínky, za kterých můžou být splněny. Nejčastější metodou, kterou ženy uváděly, byla farmakologická metoda potratovou pilulkou a byla zmíněna v 71,6 %. V porovnání s odpověďmi u Bittnerové (2018, s. 55) uvedlo farmakologickou metodu pouze 44 %. Vzhledem k výsledkům v této práci je velmi zajímavé, že 42,5 % respondentek ví, do kdy je tato metoda možná provést, ale pouze 29,2 % ví, za jakých podmínek. Do kdy je možné provést interrupci nevlastní žádost, vědělo 80 % respondentek a do kdy je možná interrupce ze zdravotní indikace vědělo 62,5 %. Bittnerová (2018, s. 53 – 54) měla ve svém výzkumu stejné otázky s velmi odlišnými výsledky. U interrupce na vlastní žádost správně odpovědělo 59,2 % a u interrupce ze zdravotní indikace pouze 37,7 %. Tyto velké rozdíly ve výsledcích mohou poukazovat na to, že jsou v metodách interrupce dnes ženy lépe edukované. Odhad ceny za UUT byl lepší ve výzkumu Bittnerové (2018 s. 52), kde správně odpovědělo 58,1 %. V této práci to bylo 53,3 % a v závěru můžeme říct, že rozdíl nebyl markantní.

Také jsme zjišťovali, jaká je znalost žen ohledně komplikací souvisejících s interrupcí. Téměř většina respondentek (95,8 %) uvedlo, že má podle nich interrupce vliv na další těhotenství a ve srovnání byly totožné výsledky (94,3 %) u Bittnerové (2018). Více než polovina respondentek (52,5 %) uvedla neplodnost, jako nejčastější komplikaci UUT. Roztočil (2011, s. 214-215) ve své knize uvádí, že neplodnost jako komplikace spojená s potratem měla být jen ojedinělá, avšak riziko se zvyšuje s týdnem provedení výkonu. V 87,5 % respondentky věděly, po jaké době od interrupce se může zahájit pohlavní styk a s porovnáním ve výzkumu Bittnerové (2018, s. 56), kde odpovědělo pouze

57,6 % je opět patrná lepší kvalita informací žen v dnešní době. Co se psychické stránky týče, mělo ponětí o postabortivním syndromu pouze 25 % respondentek. Tuto otázku není možné porovnat se žádnou možnou prací, avšak odpovědi vypovídají o tom, že se veřejnost stále více zaměřuje na fyzické zdraví a na komplikace, které jsou „vidět“ jednoznačně. Psychické komplikace je ovšem brát v potaz a ne na lehkou váhu, neboť ženu bereme jako celek a ne pouze jako tělo.

Respondentek jsme se ptali, z jakých důvodů by ženy podstoupily umělé ukončení těhotenství. V případě nechtěného těhotenství by možnost interrupce využilo pouze 12,5 % respondentek. Je zajímavé, že v bakalářské práci Hruškové z roku 2015 (s. 51) by interrupci v případě nechtěného těhotenství podstoupilo 21,8 % žen, což je skoro dvakrát víc. V rámci výzkumu bylo také zjišťováno, z jakých důvodů by ženy podstoupily umělé ukončení těhotenství. Z celkového počtu 120 respondentek uvedla většina (82,5 %), že by interrupci podstoupilo pouze v případě genetické vady nebo špatně se vyvíjejícího plodu. Hrušková (2015, s. 44) ve své práci uvádí, že pouze 58,1 % respondentek uvedlo, že by interrupci podstoupilo v případě genetické vady. U Bittnerové (2018, s. 39) bylo zjištěno, že z genetické vady plodu by ženy bez zkušenosti s interrupcí tento zákrok podstoupily v 68,6 %. Rozdíl mezi dalšími pracemi není tak markantní, jako rozdíl s touto bakalářskou prací. Je také nutné podotknout, že v této bakalářské práci by se 93,3 % žen rozhodovalo dle věku. V práci Hruškové (2015, s. 44) to bylo 60,4 % a v práci Bittnerové (2018, s. 41) pouze 37,3 % žen.

Dále jsme zjišťovali, zda jsou si ženy vědomy etické problematiky potratů. V otázce č. 24 jsme se ptali, kdo má rozhodovat o osudu dítěte. Výsledky ukázaly, že 46,7 % respondentek uvedlo, že žena, neboť rozhoduje o svém těle a 41,7 % uvedlo, že by se žena měla poradit s partnerem. Bittnerová (2018, s. 60) uvedla, že 21 % žen uvedlo, že by měla rozhodnout žena a 69,1 % uvedlo, že by se měla poradit s partnerem. Výsledky v práci Hruškové (2015, s. 50) ukazují, že 20 % respondentek uvedlo ženu a 80 % je pro rozhodnutí po poradě s partnerem. Rozdíly mezi výsledky těchto bakalářských prací není tak markantní, jako rozdíl s touto bakalářskou prací. Na otázku, zda si ženy myslí, že je interrupce legální ve všech státech, odpovědělo 100 % ne. Výsledky této otázky není možné porovnat s jiným výzkumem, ale myslíme si, že výsledek dostatečně poukazuje na to, že mají respondentky alespoň minimální povědomí o etické problematice interrupcí.

Ze zjištěných výsledků můžeme usoudit, že většina žen je s problematikou interrupce seznámena a z toho přibližně 60 % žen má o této problematice kvalitní informace. Ke stejnému závěru došla i Bittnerová (2018, s. 71), což může vést k zamyšlení nad zkvalitněním edukace žen v běžné populaci, zejména u mladistvých. Na základě získaných výsledků a za účelem zvýšení informovanosti ohledně problematiky umělého ukončení těhotenství, byla vytvořena edukační brožura jako výstup práce. Tento edukační materiál obsahuje metody interrupce a za jakých podmínek je žena může podstoupit. Dále popisuje možná rizika a komplikace a nakonec uvádí praktické rady pro období po interrupci. Tento edukační materiál je přiložen v Příloze 2.

LIMITY VÝZKUMU

Během výzkumu jsem narazila na tři zásadní limity, které jsou v něm obsaženy. Prvním limitem výzkumu vnímám pandemii Covidu, která zasáhla do distribuce dotazníků do nemocnic a gynekologických ambulancí. Druhým limitem je počet respondentů, neboť si myslím, že ve větším zkoumaném vzorku by byly výsledky přesnější. Třetím limitem je možné zkreslení výsledků u žen, které mají s interrupcí vlastní zkušenost.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Pro praxi bych doporučila lepší edukaci dívek a žen porodní asistentkou či případně obvodním gynekologem o bezpečném pohlavním styku, vhodné antikoncepční metodě a předcházení nechtěnému těhotenství. Doporučila bych i besedy s odborníkem na základních a středních školách. Taktéž bych doporučila distribuci informačních materiálů k této problematice, které by měly být vždy zpracovány a zprostředkovány důvěryhodným zdrojem a neomezeně dostupné v papírové i online formě. Dle mého názoru by bylo vhodné edukovat o této problematice i muže.

SEBEREFLEXE

V mém výzkumu se nacházejí nedokonalosti, kterých jsem si vědoma. Problematika interrupce může být velmi citlivé téma pro některé ženy. Proto si myslím, že spousta respondentek výzkumné šetření nedokončila, a tím pádem nebyla úspěšnost vyplnění dotazníku tak velká. K výzkumu byly poměrně dostupné zdroje a literatura, avšak spousta z nich neměly novější verzi či vydání, neboť se dle mého názoru metody či postupy v této problematice příliš nemění. Převážná většina novodobých zdrojů byla zaměřena pouze na spontánní potraty a psychiku žen, které takový potrat prodělaly. Zdrojů, které pojednávaly čistě o interrupci jako takové, bylo velmi málo. Zajímavé pro mě bylo tvoření dotazníku, šetření a nadále vyhodnocování výsledků v různých souvislostech. Kdybych ovšem práci psala znovu, stanovila bych si určitě méně dílčích cílů a zpracovala je více dopodrobna. Po dobu psaní mé bakalářské práce jsem jistě nasbírala zkušenosti, které mi budou přínosné do profesního a osobního života či k případnému dalšímu studiu.

ZÁVĚR

V bakalářské práci jsem se zabývala informovaností žen o problematice umělého ukončení těhotenství. V teoretické části jsem nejprve vysvětlovala pojem interrupce a potratu pro bližší přiblížení. Poté jsem rozebírala metody interrupce, možná rizika a komplikace. Také jsem zmínila psychickou problematiku spojenou s umělým přerušением těhotenství a popsala jsem ošetrovatelskou péči porodní asistentky. Další kapitola byla zaměřena na etickou problematiku interrupcí. Zde jsem zmiňovala historii, obecný etický pohled na tuto problematiku a legislativu v Čechách i ve světě. Dále jsem popisovala také postavení jednotlivých náboženství a vybraných zemí k interrupcím. Důležité bylo zmínit i nelegální potraty, které jsou spojené s potratovou turistikou.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jakým způsobem jsou ženy informovány o problematice umělého ukončení těhotenství. Dalšími cíli, které byly stanoveny, bylo zjistit, zda ženy znají možné metody umělého ukončení těhotenství a podmínky, za kterých můžou být splněny. Zjistit, jaká je znalost žen ohledně komplikací souvisejících s interrupcí a zmapovat, jaký je pohled žen na problematiku interrupce. Všechny stanovené cíle byly splněny. Ke splnění stanovených cílů a zpracování dané problematiky byla zvolena metoda kvantitativního výzkumu. K tomuto výzkumu bylo zvoleno šetření pomocí dotazníků, které probíhalo pouze v online formou na internetových stránkách. Z rozeslaných dotazníků se podařilo získat celkem 120, které byly ve výzkumu využity. V diskuzi byly shrnuty veškeré výsledky výzkumného šetření. Z výzkumu vychází, že přibližně 60 % žen má o této problematice kvalitní informace a zbytek je s touto problematikou v jisté míře seznámen. Nedostatky se objevily ve znalostech u jednotlivých metod umělého ukončení těhotenství a psychické problematiky a to u velkého množství žen. Při snaze zjistit, jaké faktory ovlivňují znalosti a informovanost žen o interrupci, bylo zjištěno, že demografické údaje kromě vzdělání nemají s kvalitou informací žádnou souvislost. Dále je patrné že více než polovina žen zná možné metody interrupce a podmínky, za kterých můžou být splněny. Bylo taktéž zjištěno, že znalost ohledně komplikací souvisejících s interrupcí můžeme hodnotit jako dobrou, neboť si je skoro polovina respondentek komplikací a rizik vědoma. Pohled žen na interrupci se zdá být pozitivní ve smyslu práva žen na svobodné rozhodnutí a zlegalizování interrupce ve všech státech, avšak v případě nechtěného těhotenství by ji sama většina žen nepodstoupila.

SEZNAM LITERATURY

BINDER, Tomáš. *Porodnictví*. Praha: Karolinum, 2011, 297s. ISBN 978-80-246-1907-1.

ČEPICKÝ, Pavel a kolektiv. *Kapitoly z diferenciální diagnostiky v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada Publishing, 2018, 232s. ISBN 978-80-247-5604-2.

DUDOVÁ, Radka. *Interrupce v České republice: zápas o ženská těla*. Praha: Sociologický ústav Akademie věd České republiky, 2012, 177s. ISBN 978-80-7330-214-6.

FREED, Luci a Penny Yvonne SALAZAR. *Čas k uzdravení: naděje a pomoc při překonávání postabortivního syndromu*. 1. vyd. Praha: Paulínky, 2008, 199 s. ISBN 978-80-86949-44-4.

HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH, Karel MARŠÁL a kolektiv. *Porodnictví. 3., zcela přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada, 2014, 580s. ISBN 978-80-247-4529-9.

HEŘMANOVÁ, Jana a kolektiv. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2012, 200s. ISBN 978-80-247-3469-9.

HUBER, Wolfgang. *Etika: základní otázky života*. Přeložil Petr BABKA. Praha: Vyšehrad, 2016, 240s. ISBN 978-80-7429-642-0.

KOLIBA, Peter, Petr WEISS a Martin NĚMEC. *Sexuální výchova pro studenty porodní asistence a ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2019, 184s. ISBN 978-80-271-2039-0.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 175 s. ISBN 978-80-247-2713-4.

MARŠÍKOVÁ, Taťána a Eva SEEMANOVÁ. *Klinická genetika: praktické aplikace*. Praha: Karolinum, 2013, 60s. ISBN 978-80-246-2318-4.

OTOVÁ, Berta, Romana MIHALOVÁ a Klára BOBKOVÁ. *Základy biologie a genetiky člověka*. Vydání druhé. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2020. 244s. ISBN 978-80-246-4565-0.

PROCHÁZKA, Martin. *Porodní asistence*. Praha: Maxdorf, Jessenius, 2020, 788s. ISBN 978-80-7345-618-4.

RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Aplikovaná psychologie – porodnictví*. Praha: Reklamní atelier Area, 2008, 106s. ISBN 978-80-254-2186-4.

ROZTOČIL, Aleš a kolektiv. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada, 2011, 258s. ISBN 978-80-247-2832-2.

SLEZÁKOVÁ, Lenka a kolektiv. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017, 280s. ISBN 978-80-271-0214-3.

SLÍPKA, Jaroslav a Zbyněk TONAR. *Základy embryologie*. 2., upravené vydání. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2019, 140s. ISBN 978-80-246-4179-9.

TAKÁCS, Lea, Daniela SOBOTKOVÁ a Lenka ŠULOVÁ. *Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace*. Praha: Grada, 2015, 208s. ISBN 978-80-247-5127-6.

ÚZIS ČR, *Potraty 2019*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. 2021. ISSN 1210-8642

WICHSOVÁ, Jana. *Sestra a perioperační péče*. Praha: Grada, 2013, 192s. ISBN 978-80-247-3754-6.

Internetové zdroje:

BITTNEROVÁ, Laura. *Informovanost žen o problematice umělého ukončení těhotenství* [online]. 2018 [cit. 14.3.2022]. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK a VFN v Praze. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/99616>

BRIND'AMOUR, Katherine. "Declaration on Procured Abortion" (1974), by the Vatican. HPS Repository [online], 2012, [cit. 27.2.2022]. Dostupné z: <https://hpsrepository.asu.edu/handle/10776/1737>

CIRKLE, Vojtěch. *Nenarozený život je třeba chránit již před narozením*. Dialog Evropa XXI [online], 2013, **23**(2-3), s. 3 [cit. 21.2.2022]. ISSN 1210-8332. Dostupné z: https://www.dialogevropa21.cz/storage/cisla/Dialog_Evropa_21_2_3_2013.pdf

DIALLO, Karolina, Marie LHOTOVÁ. *Post-abortion syndrome*. Caritas et Veritas [online], 2015, **1**(1), s. 67-73 [cit. 20.12.2021]. ISSN 1805-0948. Dostupné z: <http://docplayer.cz/18034907-Casopis-pro-reflexi-krestanskychsouvislosti-v-socialnich-a-humanitnich-oborech.html>

ESHRE Capri Workshop Group, *Induced abortion*, Human Reproduction [online], 2017, **32**(1), s. 1160-1169 [cit. 21.2.2022]. Dostupné z: <https://academic.oup.com/humrep/article/32/6/1160/3572417>

FRANCOME, Colin. *Abortion in the USA and the UK*. London Routledge [online], 2017, 188 s. [cit. 21.2.2022]. ISBN 978-13-1526-348-9. Dostupné z: <https://www.taylorfrancis.com/>

HACH, Petr. *Embryo jako lidská osoba z pohledu embryologa*. Dialog Evropa XXI [online], 2013, **23**(2-3), s. 8-12 [cit. 21.2.2022]. ISSN 1210-8332. Dostupné z: https://www.dialogevropa21.cz/storage/cisla/Dialog_Evropa_21_2_3_2013.pdf

HRUŠKOVÁ, Romana. *Jaký je váš názor na interrupci?* [online]. 2015 [cit. 16.3.2022]. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/c1dhq/Bakalarska_prace_Romana_Hruskova.pdf

KOŚĆ, Wojciech. *Polish court outlaws almost all abortions*. Politico.eu [online], 2020, [cit. 3.2.2022]. Dostupné z: <https://www.politico.eu/>

LAJDOVÁ, Johana. *Legalizace potratů na Islandu*. Skandinavskydum.cz [online], 2015, [cit. 27.2.2022]. Dostupné z: <http://www.skandinavskydum.cz/28-1-legalizace-potratu-na-islandu/>

MACEWAN, Jade. *Protests against the new anti-abortion ruling in Poland*. Queergeography.cz [online], 2020, [cit. 7.2.2022]. Dostupné z: <https://www.queergeography.cz/>

RYBOVÁ, Zdeňka. *Pohled na potraty se mění: komentář Zdeňky Rybové*. Katolický týdeník [online], 2019, **30**(3), s. 8 [cit. 21.2.2022]. ISSN 0862-5557. Dostupné z: <https://www.katyd.cz/clanky/pohled-na-potraty-se-meni.html>

SPEJCHALOVÁ, Katřeina. *Mapa interrupčních práv v Evropě*. Queergeography.cz [online], 2019, [cit. 7.2.2022]. Dostupné z: <https://www.queergeography.cz/>

STRAŠILOVÁ, Petra a kolektiv. *Farmakologické ukončení těhotenství v I. trimestru*. Postgraduální medicína [online]. Mladá fronta a.s., 2016, **18**(4), s. 381-389 [cit. 24.10.2021]. ISSN 1212-4184. Dostupné z: <https://www.lubusky.com/clanky/104.pdf>

STODOLA, Jiří. *Umělý potrat jako aktuální etický problém: pohledy informační etiky*. Dialog Evropa XXI [online], 2013, **23**(2-3), s. 41-43 [cit. 8.12.2021]. ISSN 1210-8332. Dostupné z: https://www.dialogevropa21.cz/storage/cisla/Dialog_Evropa_21_2_3_2013.pdf

ŠMÍDOVÁ, Iva. *Nepřerušný zápas o ženská těla*. Gender [online], 2012, **13**(2), s. 96-99 [cit. 8.12.2021]. ISSN 1213-0028. Dostupné z: <https://www.genderonline.cz/pdfs/gav/2012/02/11.pdf>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Dotazník - Problematika umělého ukončení těhotenství	94
Příloha 2: Edukační brožura	102

PŘÍLOHY

Příloha 1: Dotazník - Problematika umělého ukončení těhotenství

Vážené respondentky,

obracím se na Vás s žádostí vyplnění mého dotazníku, který poslouží jako podklad pro Bakalářskou práci na téma „Problematika umělého ukončení těhotenství“. Dovoluji si Vás rovněž požádat o co nejpřesnější a pravdivé vyplnění dotazníku. Účast ve výzkumu je zcela anonymní a dobrovolná. Podmínkou je však věková hranice 18 – 45 let. Dotazník obsahuje 28 otázek a jeho vyplnění by Vám nemělo zabrat více než 20 minut.

Předem děkuji za spolupráci a za Váš čas.

Sandra Kaslová, studentka porodní asistence Fakulty zdravotnických studií, ZČU

1. Kolik je Vám let?

- a) 18 – 26
- b) 27 – 35
- c) 36 – 45

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) Základní
- b) Středoškolské bez maturity
- c) Středoškolské s maturitou
- d) Vyšší odborné
- e) Vysokoškolské

3. Jaký je Váš rodinný stav?

- a) Svobodná

- b) Vdaná
- c) Rozvedená
- d) Vdova

4. Máte děti?

- a) Ano
- b) Ne

5. Jaké znáte metody umělého ukončení těhotenství? (vypište minimálně 2 metody)

Vypište.

**6. Farmakologické ukončení těhotenství lze provést:
(vyberte jen jednu odpověď)**

- a) Do 7. dne od poslední menstruace
- b) Do 21. dne od poslední menstruace
- c) Do 35. dne od poslední menstruace
- d) Do 49. dne od poslední menstruace

**7. Jaké z tvrzení platí pro farmakologické ukončení těhotenství?
(více možných odpovědí)**

- a) Farmakologické ukončení těhotenství JE na lékařský předpis nebo doporučení
- b) Farmakologické ukončení těhotenství NENÍ na lékařský předpis nebo doporučení
- c) Podání farmak probíhá v domácím prostředí
- d) Podání farmak probíhá v nemocničním prostředí
- e) Forma podání je perorální
- f) Forma podání je vaginální

8. Do kolikátého týdne těhotenství může žena podstoupit umělé ukončení těhotenství na vlastní žádost? (vyberte jen jednu odpověď)

- a) Do 8. týdne
- b) Do 12. týdne
- c) Do 14. týdne
- d) Do 18. týdne
- e) Do 24. týdne
- f) Do 28. Týdne
- g) Do 30. týdne

9. Do kolikátého týdne těhotenství může žena podstoupit umělé ukončení těhotenství ze zdravotní indikace? (vyberte jen jednu odpověď)

- a) Do 8. týdne
- b) Do 12. týdne
- c) Do 14. týdne
- d) Do 18. týdne
- e) Do 24. týdne
- f) Do 28. Týdne
- g) Do 30. týdne

10. Jaké podle Vás mohou nastat komplikace či rizika v důsledku interrupce? (vypište minimálně 3 komplikace)

Vypište.

11. Pokud žena podstoupila interrupci, po jaké době může znovu zahájit pohlavní styk? (vyberte jen jednu odpověď)

- a) Ihned
- b) Po 6 týdnech
- c) Po 1 měsíci

- d) Po 3 měsících
- e) Po 6 měsících
- f) Kdykoliv žena chce

**12. Myslíte si, že interrupce může mít negativní vliv na další těhotenství?
(např. problémy s otěhotněním, předčasný porod)**

- a) Ano
- b) Ne

13. Jaké může mít dle Vašeho názoru interrupce psychické následky?

Vypište.

14. Víte, co je to postabortivní syndrom?

- a) Ano
- b) Ne

15. Pokud jste odpověděla ano, krátce postabortivní syndrom popište.

Vypište.

16. V jakém rozmezí se pohybuje cena za umělé ukončení těhotenství na vlastní žádost do 12. týdne těhotenství? (vyberte jen jednu odpověď)

- a) Je zdarma
- b) Méně než 1500 Kč
- c) 1500 – 2000 Kč
- d) 3000 – 5000 Kč
- e) 6000 – 7500 Kč
- f) Více než 7500 Kč

17. Které komplikace v důsledku interrupce patří mezi komplikace časné tj. do 6. týdnu po interrupci? (více možných odpovědí)

- a) Selhání interrupce (těhotenství pokračuje dál)
- b) Krvácení
- c) Poruchy menstruačního cyklu
- d) Zánětlivé komplikace
- e) Sterilita
- f) Nepoznané mimoděložní těhotenství
- g) Infekce
- h) Porucha schopnosti otěhotnět
- i) Porucha schopnosti udržet těhotenství

18. Které komplikace v důsledku interrupce patří mezi komplikace pozdní tj. po 6. týdnu po interrupci? (více možných odpovědí)

- a) Selhání interrupce (těhotenství pokračuje dál)
- b) Krvácení
- c) Poruchy menstruačního cyklu
- d) Zánětlivé komplikace
- e) Sterilita
- f) Nepoznané mimoděložní těhotenství
- g) Infekce
- h) Porucha schopnosti otěhotnět
- i) Porucha schopnosti udržet těhotenství

19. Možnost interrupce bych v okamžiku nechtěného těhotenství: (vyberte jen jednu odpověď)

- a) Využila
- b) Nevyužila

- c) Musela bych se o tom poradit (např. s partnerem, rodiči, kamarádkou, atp.)
- d) Jiná možnost: vypište

20. Z jakých důvodů byste Vy podstoupila umělé ukončení těhotenství?

(více možných odpovědí)

- a) Nízký věk
- b) Vysoký věk
- c) Špatná sociální situace
- d) Nedokončené studium
- e) Nechci děti
- f) Partner nechce děti
- g) Genetická vada nebo špatně se vyvíjející plod
- h) Nemoc, u které by těhotenství ohrozilo zdraví či život ženy
- i) Dítě by bylo bez otce
- j) Jiné: vypište

21. Z jakých důvodů byste Vy nepodstoupila umělé ukončení těhotenství?

(více možných odpovědí)

- a) Nízký věk
- b) Vysoký věk
- c) Špatná sociální situace
- d) Nedokončené studium
- e) Nechci děti
- f) Partner nechce děti
- g) Genetická vada nebo špatně se vyvíjející plod
- h) Nemoc, u které by těhotenství ohrozilo zdraví či život ženy

- i) Dítě by bylo bez otce
- j) Jiné: vypište

22. Byl by u Vás věk hlavním rozhodujícím faktorem k podstoupení interrupce?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

23. Pokud jste v předchozí otázce odpověděla ano, proč?

Vypište.

24. Je podle Vás správné, aby žena rozhodovala o životě plodu?

(vyberte jen jednu odpověď)

- a) Ano, žena rozhoduje o svém těle
- b) Ano, ale měla by se poradit s partnerem
- c) Ne, měl by rozhodnout lékař
- d) Ne, plod má právo na život
- e) Jiné: vypište

25. Myslíte si, že je interrupce legální ve všech státech?

- a) Ano
- b) Ne

26. Kde jste získala informace o umělém ukončení těhotenství?

(více možných odpovědí)

- a) Ve škole
- b) Od gynekologa
- c) Od porodní asistentky
- d) Od matky

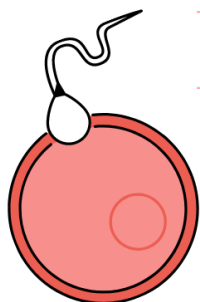
- e) Od sestry
- f) Od kamarádky
- g) Na internetu
- h) Z knížek
- i) Žádné nemám
- j) Jiné: vypište

27. Máte dostatek informací o problematice umělého ukončení těhotenství?

- a) Ano
- b) Ne

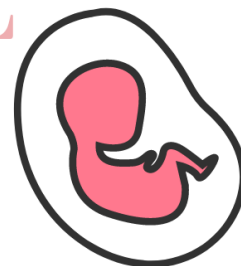
28. Pokud jste odpověděla ne, o čem byste se ráda dozvěděla více?

Vypište.



INTERRUPCE

A OBDOBÍ PO INTERRUPCI



CO JE TO INTERRUPCE?

Interrupce je zákrok, při kterém je uměle ukončeno těhotenství před dosažením životaschopnosti plodu. Interrupce se provádí několika metodami, které jsou podmíněné stářím těhotenství a vždy by měla probíhat ve zdravotním zařízení.

METODY INTERRUPCE

FARMAKOLOGICKÁ METODA

- lze provést do 49. dne od začátku poslední menstruace
- dochází k perorálnímu podání farmak
- probíhá v nemocničním prostředí
- je na lékařský předpis
- nejšetrnější metoda vůči děložnímu hrdlu

MINIINTERRUPCE

- lze provést do 8. týdne těhotenství
- provádí se ambulantně
- pokud nenastanou komplikace
- je možná odchod domů 2 hodiny
- po výkonu
- po farmakologické metodě je též šetrná

INSTRUMENTÁLNÍ POTRAT

- lze provést do 12. týdne těhotenství
- provádí se v celkové anestezii
- jedná se o tzv. kyretáž
- k propuštění dochází většinou následující den po výkonu

Z GENETICKÝCH DŮVODŮ

- lze provést do 24. týdne těhotenství
- lze podstoupit pokud je prokázáno vysoké genetické riziko závažného postižení pro plod
- k propuštění dochází až 72 hodin po výkonu

POSTUP K USKUTEČNĚNÍ INTERRUPTCE

- *dle zákonů v České republice, může žena požádat o interrupci do 12. týdne těhotenství*
- *provedení výkonu vyžaduje podání písemné žádosti o umělém přerušení těhotenství*
- *na základě této žádosti je žena vyšetřena lékařem*
- *lékař určí stáří těhotenství a zjistí, zda interrupci nebrání zdravotní důvody*
- *žena musí být lékařem taktéž poučena o možných zdravotních následcích a komplikacích*
- *pokud je provedení interrupce možné, naplánuje se provedení výkonu ve zdravotnickém zařízení*
- *ve zdravotnickém zařízení žena také podepíše informovaný souhlas s výkonem*
- *žena může až do začátku výkonu umělého přerušení těhotenství vzít svou žádost a souhlas zpět*
- *nezletilé dívky musí k výkonu dodat také souhlas rodiče či zákonného zástupce*
- *interrupce může být provedena pouze tehdy, pokud od poslední interrupce uběhlo alespoň 6 měsíců*
- *výjimka dřívější interrupce je věk nad 35 let, minimálně 2 porody ženy či těhotenství, které vzniklo znásilněním*



CENA

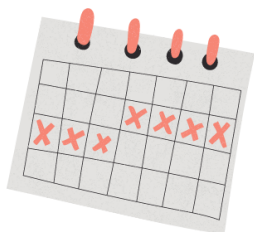
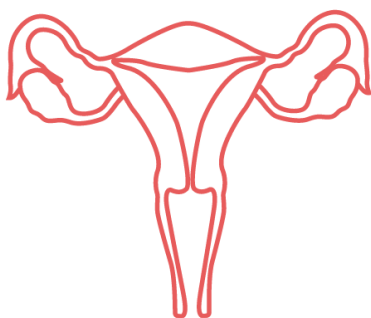


Interrupce na vlastní žádost ženy je hrazený úkon a jeho cena se pohybuje přibližně mezi 3000 - 5000 Kč dle pracoviště.

MOŽNÉ KOMPLIKACE

BĚŽNÉ

- *velká krevní ztráta*
- *trhliny hrdla děložního*
- *větší pravděpodobnost poranění*

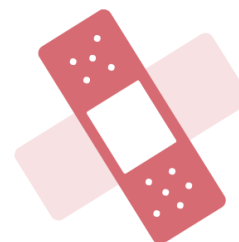
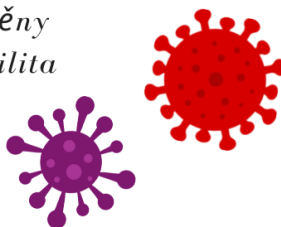


ČASNÉ

- *vznikají do 6 týdnů po interrupci*
- *neodstraněné zbytky plodového vejce*
- *silnější krvácení*
- *zvýšená teplota*
- *zánětlivé komplikace*
- *selhání metody*
- *nepoznané mimoděložní těhotenství*

POZDNÍ

- *vznikají po 6 týdnech po interrupci*
- *poruchy menstruačního cyklu*
- *sexuální a psychické změny*
- *porucha fertility až sterilita*



POSTABORTIVNÍ SYNDROM

Postabortivní syndrom představuje posttraumatickou stresovou poruchu, která se rozvíjí na základě prodělaného potratu.

PŘÍZNAKY

*POCITY VINY
VÝČITKY SVĚDOMÍ
ÚZKOST
DEPRESE
PORUCHA SPÁNKU
OTUPĚLOST
SMUTEK
ZÁBLESKY Z MINULOSTI
SEBEVRAŽEDNÉ MYŠLENKY*



Úzkost může být spojená také s poruchami plodnosti nebo s neschopností znovu otěhotnět. Naopak mohou ženy pociťovat i nadměrnou touhu po dalším těhotenství

KAM SE OBRÁTIT?

V případě projevení výše zmíněných symptomů neváhejte navštívit odborníka. Obrátit se můžete na svého gynekologa, který Vás odkáže na další specializované odborníky na tuto problematiku. Prostřednictvím emailu či telefonicky se můžete také svěřit v projektu "Nesoudíme. Pomáháme." pod organizací Hnutí pro život.

OBDOBÍ PO INTERRUPCI

*je vhodné dodržovat klidový režim a správnou hygienu
doporučuje se konzultovat vhodnou antikoncepci
je nutno si pamatovat, že na nic nejste sama
v případě smutku či psychických změn není špatně
kontaktovat odborníka*



KDY ZAHÁJIT POHLAVNÍ STYK?



*Pohlavní styk je vhodné zahájit až po 6 týdnech po prodělané
interrupci.*

ZDROJE

BINDER, Tomáš. Porodnictví. Praha: Karolinum, 2011, 297s. ISBN 978-80-246-1907-1.

*FREED, Luci a Penny Yvonne SALAZAR. Čas k uzdravení: naděje a pomoc
při překonávání postabortivního syndromu. 1. vyd. Praha: Paulínky, 2008, 199 s. ISBN 978-80-86949-44-4.*

*HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH, Karel MARŠÁL a kolektiv. Porodnictví. 3., zcela přepracované
a doplněné vydání. Praha: Grada, 2014, 580s. ISBN 978-80-247-4529-9.*

*KOLIBA, Peter, Petr WEISS a Martin NĚMEC. Sexuální výchova pro studenty porodní asistence
a ošetřovatelství. Praha: Grada Publishing, 2019, 184s. ISBN 978-80-271-2039-0.*

ROZTOČIL, Aleš a kolektiv. Moderní gynekologie. Praha: Grada, 2011, 258s. ISBN 978-80-247-2832-2.