

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2018

Kristýna Koptíková

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Porodní asistence B 5349

Kristýna Koptíková

Studijní obor: Porodní asistentka 5341R007

Problematika nechtěného těhotenství

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Jana Horová

PLZEŇ 2018

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 27.3.2018

.....

Kristýna Koptíková

Anotace

Příjmení a jméno: Kristýna Koptíková

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Problematika nechtěného těhotenství

Vedoucí práce: PhDr. Jana Horová

Počet stran – číslované: 52

Počet stran – nečíslované: 15

Počet příloh: 2

Počet titulů použité literatury: 30

Klíčová slova: adopce; antikoncepce; lékařská etika; interrupce; babyboxy; ne/-plánované rodičovství; postinterrupční syndrom

Souhrn: Bakalářská práce se zabývá nechtěným těhotenstvím a snaží se obsáhnout všechny aspekty tohoto kontroverzního tématu. Je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se zabývá možnostmi řešení nechtěného těhotenství, antikoncepcí jakožto prevencí vzniku nechtěného těhotenství, možnými následky spojených s interrupcí, rozdílným názorem společnosti na ukončení těhotenství a rolí porodní asistentky v této problematice. Praktická část zahrnuje rozhovory s ženami, které podstoupily interrupci. Snaží se zachytit jejich důvody pro ukončení těhotenství, pocity s ním spojené a zpětný pohled na jejich rozhodnutí.

Annotation

Surname and name: Kristýna Koptíková

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Problematic of unwanted pregnancy

Consultant: PhDr. Jana Horová

Number of pages – numbered: 52

Number of pages – unnumbered: 15

Number of appendices: 2

Number of literature items used: 30

Keywords: adoption; contraception; babyboxes; induced abortion; medical ethics; un/-planned parenthood; post abortion syndrom

Summary: This thesis deals with issue of unintended pregnancies and it attempts to cover all aspects of this controversial subject. It is divided into a theoretical and a practical part. The theoretical part concerns possible solutions to unintended pregnancies, contraception, potential consequences of abortion, different societal attitudes towards abortions, and the role of the midwife in this regard. The practical part includes interviews with women who have undergone an abortion. It attempts to capture their reasons for aborting their pregnancies and feelings associated with this, as well as their retrospective thoughts about their decisions.

Předmluva

Téma nechtěného těhotenství jsem si pro svou bakalářskou práci vybrala především z důvodu, že se jedná o problém, se kterým se jako porodní asistentka budu často ve svém povolání setkávat. A také proto, že i přesto že se jedná o problematiku, kterou denně musí řešit velké množství žen, tak se stále společnost tomuto tématu vyhýbá. Cílem této práce je tedy snaha o přiblížení se těmto ženám a alespoň částečně toto téma normalizovat.

Poděkování

Děkuji PhDr. Janě Horové za odborné vedení bakalářské práce, přínosné rady a podporu. Dále děkuji mé rodině, přátelům a v neposlední řadě ženám, které mi vyšly vstříc a zúčastnily se mého výzkumu.

Obsah

Úvod	9
Teoretická část	Chyba! Záložka není definována.
1 Problematika Donošeného nechtěného těhotenství.....	12
1.1 Adopce.....	12
Postup zanechání dítěte v porodnici.....	12
1.2 Babyboxy.....	13
1.3 Utajený porod	14
2 potrat a interrupce	15
2.1 Rozdíl mezi potratem a interrupcí	15
2.2 Metody umělého ukončení těhotenství.....	16
2.2.1 Farmakologické UUT	17
2.2.2 Miniinterrupce	18
2.2.3 Klasický instrumentální potrat	18
2.3 Možné komplikace interrupce	18
2.3.1 Somatické komplikace v souvislosti s UPT.....	19
2.3.2 Psychologická problematika interrupce	19
2.3.3 Mravní problematika interrupce	20
3 Antikoncepce.....	22
3.1 Spolehlivost antikoncepčních metod.....	23
3.2 Druhy antikoncepce.....	24
3.2.1 Nehormonální druhy antikoncepce	24
3.2.2 Nitroděložní tělísko.....	26
3.2.3 Hormonální antikoncepce	27
3.2.4 Další metody antikoncepce	27
3.2.5 Mužské metody antikoncepce.....	28
4 ÚLOHA PORODNÍ ASISTENTKY	29
5 Formulace problému	32
6 Cíl výzkumu	32
6.1 Dílčí cíle	32
6.2 Operacionalizace pojmů	33
7 Výzkumné otázky.....	33
8 Druh výzkumu a výběr metodiky.....	33

8.1	Metoda.....	33
8.2	Výběr případu.....	34
8.3	Způsob získávání informací	34
9	Organizace výzkumu.....	34
10	Zpracování výsledků	36
11	Diskuze.....	52
	Sebereflexe	58
	Závěr.....	59
	Seznam bibliografických zdrojů.....	62
	Přílohy	65

ÚVOD

Přestože v České republice má počet potratů klesající tendenci, stále se jedná o desetitisíce potratů ročně. Dle Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR bylo za první tři čtvrtletí roku 2017 provedeno 14 599 umělých potratů, což je v porovnání s rokem 2016 asi o 1000 uměle ukončených těhotenství méně. Tento trend je především díky prevenci a informovanosti společnosti. (www.hnutiprozivot.cz, ©2018)

I tak je téma řešení nechtěného těhotenství a především interrupce v naší společnosti stále bráno jako tabu a to i přes to, že zákon o legalizaci umělého přerušování těhotenství platí s určitými změnami již od roku 1957. Téma potratu je emočně náročné a týká se přímo i nepřímo celé naší společnosti napříč generacemi. Tento problém by měl být více diskutován a to z důvodu, že zasahuje do mnoha sfér našeho života. Dotýká se medicínského, etického, právního, duchovního ale i politického hlediska. Nejvíce jsou však tímto problémem, mimo samotné ženy, zasaženi lékaři, zdravotníci a psychologové, jelikož jsou prvním článkem v kaskádě, který dává ženě a rodině impuls k jejich následujícímu rozhodnutí.

Nechtěné těhotenství je citlivé téma ve společnosti i z toho důvodu, že při diskuzi o této problematice často dochází k velkým názorovým rozdílům. Vznikají zde dva tábory názorů. Lidé se dělí na skupinu „pro život“. Ti zastávají práva nenarozeného dítěte a to především na podkladu židovsko-křesťanské tradice. A druhá skupina „pro volbu“, která se opírá o práva ženy a nechává volbu na jejím rozumném rozhodnutí. I přesto že lidé připisují rozdílný sociální a morální význam těhotenství a ukončení těhotenství je především povinností zákona a zákonodárců, aby našli rovnost mezi těmito akty. (Daar, Mutcherson, 2015) V případě nechtěného těhotenství a zvažování interrupce je velmi podstatné ženě nabídnout i jiné řešení, např. adopci.

Tato práce se neopírá o problém rozhodnutí „pro život“ či „pro volbu. Zabývá se prací porodní asistentky v této problematice, možnostmi jak nechtěné těhotenství řešit, jeho prevencí a dopady jak psychickými, tak fyzickými, na které se při podstoupení interrupce musí brát ohled. Jde o přiblížení se ženám, které si touto těžkou životní situací prošly nebo procházejí a snaží se najít možnosti, jak těmto ženám a rodinám jejich situaci ulehčit.

Pro svou praktickou část bakalářské práce jsem si zvolila kvalitativní výzkum, který jsem uskutečnila pomocí rozhovorů s ženami, které byly ve fázi rozhodování o interrupci, protože se nacházely v životní fázi, kdy jejich těhotenství bylo nechtěné. Cílem bylo zjistit

důvody interrupce, jejich retrospektivní názor na umělé ukončení těhotenství a popsat pocity, které prožívaly před a po interrupci.

Byla provedena literární rešerše k tématu nechtěného těhotenství v českém a anglickém jazyce. Výsledky rešerše byly časově omezeny na literaturu z let 2010 až 2017.

TEORETICKÁ ČÁST

1 PROBLEMATIKA DONOŠENÉHO NECHTĚNÉHO TĚHOTENSTVÍ

Ne každé nechtěné těhotenství musí automaticky končit interrupcí. V této kapitole se zaměřím na možnosti, které žena má v případě, že nechtěné těhotenství přesáhlo časový limit, kdy je možné podstoupit interrupci nebo se z etických či náboženských důvodů neztotožňuje s umělým přerušением těhotenství, ale i přesto není v jejích schopnostech se o dítě sama postarat.

1.1 Adopce

V České republice žije okolo 2 milionů dětí. Počet narozených dětí se za poslední roky pohybuje kolem 110 000 tisíc ročně a v evidenci orgánů sociálně-právní ochrany dětí bylo za rok 2014 registrováno 61 tisíc případů, mezi kterými jsou také děti rodičů, kteří nezvládli naplnit svou rodičovskou povinnost. (Křístek, 2016, str.1)

Z těchto statistik vyplývá, že v profesi porodní asistentky se s případem, kdy žena bude chtít dát své dítě k adopci, s největší pravděpodobností setkáme a měli bychom umět této ženě pomoci.

I přestože ve společnosti je zakořeněný názor, že ponechání dítěte v porodnici, odkud poté putuje na pár týdnů do kojeneckého ústavu a poté do náhradní rodiny, je něco nelidského a matka je často označována za krkavčí, je nutné těmto ženám projevit empatii a podporu, kterou v tu chvíli nejvíce potřebují.

Je nutné, aby žena svůj záměr předat dítě k adopci oznámila sociální pracovníci na nejbližším obecním úřadě již pár týdnů před porodem, která ji seznámí s konkrétním postupem. Je možné také učinit konzultaci pomocí organizace, jako je například spolek Nech si mě. Žena má právo své rozhodnutí změnit až do doby 6 týdnů po porodu. Po uplynutí šestinedělí by však měla především v zájmu dítěte své rozhodnutí potvrdit, ať už adopci stvrzuje nebo se rozhodla si dítě ponechat. (www.nechsime.cz, © 2012)

Postup zanechání dítěte v porodnici

Při příjmu na porodní sál je žena povinna sdělit zdravotnickému personálu, že se rozhodla dát dítě k adopci. Ten tuto skutečnost personál zapíše do dokumentace, aby poté došlo ke správnému postupu. Ve většině porodnic je zvykem dítě rodičce neukazovat a

případě jejího odmítnutí nesdělovat ani pohlaví či zdravotní stav. Po porodu je žena převážně odvezena na gynekologické oddělení, nikoli na oddělení šestinedělí. Převážně z toho důvodu, aby celá záležitost byla pro matku co nejméně traumatizující.

Po určitém čase ženu v porodnici navštíví sociální pracovnice, která s ženou probere její důvody dání dítěte k adopci. Na ženu by neměl být vyvíjen žádný tlak, aby si mohla své rozhodnutí pořádně promyslet. Pokud žena s adopcí souhlasí a zdravotní stav novorozence to umožňuje, je dítě předáno do preadopční péče. Konečný souhlas s osvojením je možné podepsat nejdříve po uplynutí šestinedělí. Je nutné podotknout, že informace o matce a porodu jsou poté dostupné v matriční knize i rodném listě dítěte. (www.nechsime.cz, © 2012)

1.2 Babyboxy

Téma babyboxů bylo v posledních letech velmi medializované. Instalace babyboxů neboli baby-schránek vzbudila rozruch na poli sociálně-právní ochrany dětí. Někteří odborníci jimi pohrdají a nazývají je ostudou českého sociálního systému a jiní jejich vytvoření považují za skvělý nápad. Postoj odpůrců babyboxů je založen především na podkladu, že dochází k porušení práva dítěte znát svůj biologický původ, neboť bylo v boxu odloženo zcela anonymně. Odpůrci babyboxů opírají své názory o Úmluvu o právech dítěte a to především o článek 7 odstavec 1, kde je psáno, že každé dítě má právo na registraci, jméno, státní příslušnost a pokud je to možné, tak i právo znát své rodiče. Hess (2009, str. 40-41) právě v této souvislosti zdůrazňuje význam babyboxů, jejichž hlavním účelem je zachránit život nechtěného novorozeného dítěte, které by v krajních případech mohlo být odloženo do zdravích ohrožujících podmínek nebo usmrceno. A tím upřednostňuje právo dítěte na život před právem na registraci a jméno.

Co to jsou babyboxy? Jedná se o speciální schránku, která je umístěna ve většině případů přímo v nemocnici či ve zdi nemocnice, která slouží v krajních možnostech pro anonymní odložení novorozence. Účelem babyboxu je zajistit matce nebo rodičům novorozence řešení jejich situace, která pro ně nemá jiné východisko.

Box je opatřen speciálními dvířky, které se dají otevřít pouze jednou. Lůžko je zevnitř vytopeno na teplotu 37°C. Osoba, která dítě ve schránce ponechává, nalezne uvnitř boxu veškeré informace o následujícím osudu novorozence. Uzavřením babyboxu je ihned informován zdravotnický personál, který dále převezme dítě do péče. . (Emmerová, 2010, str.43)

První babybox byl zřízen v roce 2005 v Gyncentru v Praze Hloubětíně. K roku 2018 bylo v Čechách vybudováno 72 boxů, jejichž dvířky prošlo a bylo zachráněno 163 dětí.(www.babybox.cz, ©2018)

1.3 Utajený porod

Ženy možnost utajeného porodu v dnešní době příliš nevyhledávají a to především z důvodu, že o této možnosti jak pokračovat při nechtěném těhotenství ani netuší. České zákony jsou přitom v tomhle případě podrobně propracované a možnost utajeného porodu dává ženě zároveň dostatečný čas na rozmyšlení.

Žena má právo dle zákona č. 372/2011 sb. požádat o utajený porod v každé porodnici. Zapotřebí jsou tomu svědci v podobě lékaře, zdravotní sestry či porodní asistentky, před nimiž žena podepíše žádost. Ve zdravotnické dokumentaci není udána totožnost matky, tyto informace jsou vedeny odděleně a po odchodu ženy z porodnice je dokumentace o tyto informace doplněna, pečlivě zapečetěna a její otevření je možné jen se soudním povolením. Děti narozené matkám, které zažádaly o utajený porod, následně jdou do pěstounské péče nebo zařízení. (www.sancedetem.cz, ©2018)

O utajený porod nesmí zažádat vdaná nebo rozvedená žena, u které neuplynulo alespoň 300 dní od rozvodu, jelikož v těchto případech svědčí domněnka otcovství jejímu manželovi. (www.mzcr.cz, ©2018)

2 POTRAT A INTERRUPCE

V tomto problému je nutné vysvětlit a ukázat na rozdílnost pojmů potrat a interrupce. Především z toho důvodu, že se často setkáváme s označením potrat pro jakékoliv ukončení těhotenství. Proto si této kapitole dávám za cíl vymežit tyto dva odlišné pojmy.

2.1 Rozdíl mezi potratem a interrupcí

Potrasy se dělí na dvě skupiny, a to potraty samovolné neboli spontánní (*abortus spontaneus*) a potraty indukované (*abortus inductus*), do druhé skupiny patří zmiňované umělé ukončení těhotenství.

Podle statických údajů dochází k spontánnímu potratu asi u 10-15% těhotenství. Při čemž často k samovolnému potratu dojde, aniž by o tom žena věděla, což znamená, že toto procento je ve skutečnosti mnohem vyšší. Frekvence samovolných potratů stoupá především s věkem a životním stylem matky. (Hájek a kol., 2014)

Za potrat je považováno vypuzení nebo vynětí plodu z těla matky, který neprojevuje ani jednu ze známek života a jehož porodní hmotnost je nižší než 500g. V případě, že hmotnost nelze zjistit považuje se za potrat plod bez známek života při těhotenství kratším než 22 týdnů. (Hájek, a kol., 2014, str.240)

Spontánní potrat je z pravidla negativní událost, kterou si žena po otěhotnění nepřeje. Jedná se o období v životě ženy, které je doprovázeno velkým smutkem a stresem. Po prodělaném samovolném potratu je zde také bohužel zvýšené riziko abortu i pro další těhotenství.

Umělé ukončení těhotenství je dnes bráno jako jeden z prostředků plánovaného rodičovství, je však nesporné, že jedná o zdravotně i eticky společností nejméně akceptovatelný princip kontroly plodnosti. (Emmerová, 2010, str.28.)

Potrat a interrupce jsou často zaměňované termíny, které jsou si ale velice odlišné. Interrupcí je považováno umělé ukončení těhotenství (UUT), kdy se žena z vlastní vůle rozhodne těhotenství ukončit. UUT ženy podstupují z různých důvodů. Mezi nejčastější patří nevhodný věk matky, ať už se jedná o nízký či naopak vysoký věk těhotné, dále pak z ekonomických, partnerských nebo společenských důvodů.

Umělé ukončení těhotenství je zákonem ustanovené právo, které respektuje Chartu

lidských práv. Toto právo je realizováno sepsáním žádosti o interrupci u svého obvodního gynekologa. V České republice je umělé přerušování těhotenství povoleno legislativou zákonem ČNR č. 66/1986 Sb. a vyhláškou MZd ČSR č.75/1986 Sb. Tento zákon určuje podmínky pro UUT, postup při projednání umělého přerušování těhotenství, interrupci provedenou cizinkám a příplatky nebo úhradu za UUT.

Umělé přerušování těhotenství se dělí do několika skupin, které jsou závislé na stáří plodu. Do 12. týdne těhotenství je možné podstoupit interrupci bez jakéhokoliv udání důvodu. Kontraindikací pro provedení UUT je současné akutní zánětlivé onemocnění rodidel nebo pokud žena podstoupila interrupci dříve než před 6 měsíci. Tyto omezení se však nevztahují na ženy se dvěma a více dětmi, u žen starší 35 let a v případě otěhotnění, které mělo souvislost s trestnou činností (např. znásilnění). V případě, že se jedná o těhotnou ženu mladší 15 let, je lékař povinen žádost o interrupci nahlásit z důvodu rizika, že se jedná o pohlavní zneužití. Dívky, kterým v době umělého přerušování těhotenství nebylo 16 let, musejí mít souhlas pro tento zákrok od svého zákonného zástupce. Interrupce je výkon, který není hrazen zdravotní pojišťovnou, tedy pokud se nejedná o UPT ze zdravotních důvodů. Za těchto okolností je vše proplaceno zdravotní pojišťovnou. (Hájek a kol., 2014, str. 461)

Nad hranicí 12 týdnů lze ukončit těhotenství pouze v případě, že je ohrožen život ženy nebo je-li prokázáno těžké poškození plodu závažným genetickým onemocněním. Umělé přerušování těhotenství po 22. týdnu gravidity není považováno za interrupci, ale je bráno jako předčasně vyvolaný porod.

Interrupce provedena před ukončením 7. týdne těhotenství se nazývá miniinterrupce. (Hájek a kol., 2014, str.245)

2.2 Metody umělého ukončení těhotenství

Existuje několik rozdílných způsobů, kterými je interrupce prováděna. Následující postupy jsou závislé především na délce těhotenství, paritě celkovému zdravotnímu stavu ženy a lokálním nálezu, proto považují za důležité znát rozdíly mezi těmito metodami.

Před provedením samostatného umělého ukončení těhotenství je nutné provést následující vyšetření. Gynekolog provádí bimanuální gynekologické vyšetření, dataci délky trvání těhotenství pomocí ultrazvukové biometrie. Je nutné potvrdit, zda se plodové vejce nachází opravdu v děložní dutině a zda se nejedná o ektopické těhotenství. Žena dále podstoupí základní interní vyšetření. (Lubušký, 2016, str.10-18)

I porodní asistentka zde hraje důležitou roli viz. kapitola 4 Úloha porodní

asistentky

2.2.1 Farmakologické UUT

Dnes již všemi známá metoda uměle ukončují těhotenství pod přezdívkou „potratová pilulka“ byla objevena na počátku 80. let minulého století ve Francii. Jedná se o látku s antiprogesteronovým účinkem RU-486. Farmakologický způsob ukončení těhotenství je odborníky obecně považován za šetrnější a bezpečnější. V České republice jsou v dnešní době k dispozici dva přípravky – Mifegyne (s účinnou látkou mifepriston) a Misopregol (s účinnou látkou misoprostol).

Obě dostupné interrupční metody však mají svá opodstatnění a je na lékaři, aby zvolil takový postup, který je pro konkrétní ženu nejvhodnější. (Skálová, 2014, str.35-36)

Balení obsahuje odděleně dvě látky, které se postupně používají. Mifepriston, který je určen k perorálnímu užití a dále misoprostol, který slouží k posílení děložních kontrakcí dle druhu přípravku se podává perorálně nebo se zavádí vaginální cestou. Nejedná se o látky běžně dostupné v lékárnách. Použití je možné pouze a jenom lůžková oddělení gynekologických zařízení. Z toho důvodu, protože jsou schopny zároveň zajistit vyšetření ženy a stanovení diagnózy nitroděložního těhotenství, jehož stáří nepřesahuje 49 dní od PM (poslední menstruace), celkové vyšetření zdravotního stavu těhotné, péči o ženu při případných komplikacích a zároveň inkasovat poplatek za provedení.

Samotné provedení metody je ambulantní. Po ženě jsou požadovány tři základní návštěvy zdravotnického zařízení. Při první návštěvě je ženě perorálně dány 3 tablety s účinnou látkou mifepriston, který devitalizuje embryo. Po 36-48 hodinách od první návštěvy následuje druhá. Při té dochází k podání 1 tablety misoprostolu. Díky němuž dochází k vypuzení devitalizovaného plodového vejce. To může být doprovázeno mírným nebo středním krvácením a bolestmi v podbřišku. Během třetí návštěvy je ověřeno, zda vše proběhlo v pořádku a zda je žena zdravá. Tato návštěva by měla proběhnout během 14 až 21 dnů po aplikaci. (Stražilová a kol., 2016)

Riziko selhání této nechirurgické metody se udává od 1,3 do 7,8 procent. V takovém případě se nedá vyloučit poškození plodu, je nutné o tomto riziku ženu informovat a nabídnout další postup chirurgického ukončení těhotenství. (www.edukafarm.cz, 2014)

2.2.2 Miniinterupce

Tento způsob provedení umělého ukončení těhotenství se provádí do 49. dne od poslední menstruace. Jedná se o zákrok prováděný semiambulantně pod krátkodobou celkovou anestezii. Během miniinterupce dochází dilatování děložního hrdla pomocí kovových dilatátorů, u nás nejčastěji používaných Hegarových. Poté je systematicky podtlakem odsáno jak plodové vejce, tak i decidua. Po dokončení aspirace se následně provádí revize děložní dutiny malou tupou kyretou, díky níž dochází ke kontrole provedeného zákroku.

Pro šetrnější dilataci děložního hrdla je možné použít syntetické dilatátory Dilapan. Nevýhodou této metody je však časová a finanční náročnost. (www.miniinterrupce.cz, online)

2.2.3 Klasický instrumentální potrat

Klasický instrumentální potrat se provádí u těhotenství, které nepřekračují 12. Týden gravidity. Zákrok probíhá pod velmi šetrnou žilní anestezií a žena je krátkodobě hospitalizována.

Přípravná část je obdobná jako u miniinterupce. Rozdíl je pouze ve velikosti dilatace děložního hrdla, která je úměrná velikosti těhotenství. Pak následuje systematické vyprázdnění děložní dutiny tupou kyretou. Pokud se jedná o těhotenství nad 10 týdnů, používají se také potratové kleště pro vybavení větších částí plodu.

Doporučuje se příprava porodních cest pomocí prostaglandinu ve formě vaginálních tablet nebo gelu a také aplikace uterotonik po výkonu, které zlepšují děložní kontrakce a snižují krevní ztráty.

Valná většina center se ale snaží vykonávat interrupci i po 8 týdnu těhotenství pomocí vakuum odsátí, které je mnohem šetrnější. (www.miniinterrupce.cz, online)

2.3 Možné komplikace interrupce

Je nutné bohužel napsat, že samotným provedením uměle přerušeno těhotenství u některých žen tato kapitola jejich života nekončí. Interrupce s sebou nesou určitá rizika komplikací, ať už se jedná o fyzické zdravotní komplikace nebo psychické obtíže spojené s aktem interrupce. V této kapitole se je pokusím nastínit.

2.3.1 Somatické komplikace v souvislosti s UPT

Při umělém ukončení těhotenství se mohou bezprostředně po něm nebo v delším časovém horizontu rozvinout komplikace, které mohou ženu negativně ovlivnit v jejím dalším reprodukčním životě.

Při nešetrné nebo větší instrumentální dilataci děložního hrdla může dojít k jeho poškození. Tato mikrotraumata jsou jednou z hlavních příčin vzniku inkompetence cervixu při následujícím těhotenství. V horším případě může dojít až k perforaci děložního hrdla či těla dělohy, ať už vzniklou v důsledku například jizvy na děloze, uložení dělohy nebo nesprávnou operační technikou.

Při neúplném vyprázdnění děložní dutiny mohou být zbytky plodového vejce neboli residua post interruptionem hlavní příčinou krvácení a rozvoje infekce. V tomto případě je nutné provést revizi dutiny děložní a rezidua vybavit tupou kyretou.

Dále může docházet k poškození endometria, které se postupně může projevit funkčními poruchami, které mohou vést k amenoree nebo dokonce sekundární sterilitě. (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014, str.465-466)

Jednou z pozdějších komplikací interrupce jsou zánětlivá onemocnění adnex, které hrají velkou roli ve vzniku sterility a mimoděložního těhotenství. Příznakem je bolest v podbříšku, silnější krvácení a zvýšená teplota.

Můžeme se setkávat i s klinicky významnou krevní ztrátou nad 500 ml. Toto riziko hrozí především u klasické instrumentální interrupce. (www.miniinterrupce.cz, online)

2.3.2 Psychologická problematika interrupce

Zkušenosti žen po umělém přerušení těhotenství, stejně tak jako vědecké studie dokazují, že UUT se do hloubky dotýká ženské identity, mateřství a přináší s sebou řadu psychologických problémů. (Mazúchová, Kelčíková, Pištová, 2016, Florence str.24-25)

V minulosti již provedena řada studií zabývajících se psychologickými následky UUT. Jejich výsledky však byly často politizovány a zdůrazňovaly především negativní následky interrupce. Došlo až k zavedení termínu „postinterrupční traumatický syndrom“. A i dnes některé protiinterrupční organizace hlásají o hrozivých psychologických následcích na svých internetových stránkách. Česká organizace Hnutí pro život uvádí, že až u 19% žen po interrupci dochází k rozvoji syndromu.

Syndrom je popisován jako forma psychologické disfunkce, který vzniká na

podkladu traumatického zážitku. Žena se cítí být chycena do situace, ze které není úniku. Sužuje jí pocit bezmocnosti, strachu a ztráty sebekontroly. U žen po umělém přerušení těhotenství se vyskytuje deprese, pocit viny, urologické problémy, amenorea, sklony k alkoholismu. Určité zdroje uvádí, že až 50% žen má po potratu problém se sexuálním životem.

Dánská studie zjišťovala počet hospitalizací na psychiatrické klinice u žen po umělém ukončení těhotenství, a to v časovém horizontu tří měsíců od samotného zákroku. Bylo potvrzeno, že je zde vyšší pravděpodobnost přijetí na psychiatrii než u netěhotných žen.

V rozporu s tímto tvrzením je Čepický (in Ratislavová, 2008, str.35), který zdůrazňuje, že dnes je postinterrupční syndrom jen mýtus a dokládá řadu studií, které potvrzují, že umělé ukončení těhotenství není nijak více psychicky zatěžující než samostatné nechtěné těhotenství. Uvádí především americkou studii (Russ, Zierk,1992), která sledovala 5000 žen po dobu 8 let od interrupce a neprokázala u nich žádné známky postinterrupčního syndromu.

I přesto se jedná o velice psychicky náročné období a jsou prokázány rozdíly v psychologických reakcích žen, které souvisí především s jejich osobnostními rysy, věkem a partnerským vztahem. Nejvíce zranitelné jsou ženy se zatíženou psychiatrickou anamnézou, ambivalentním vztahem k interrupci a svobodné bezdětné ženy. Další zvýšené riziko rozvoje postinterrupčního syndromu hrozí u žen pocházejících z religiózního či kulturního zázemí, které má negativní postoj k interrupci. (Ratislavová, 2008. str.35-36)

Ze slovenské studie vyplynulo, že edukace ohledně negativních psychických následků nebo postabortivního syndromu je naprosto nedostatečná. A jelikož UPT má nepříznivý vliv na psychiku ženy, je důležité o tom mluvit a informovat. (Mazúchová a kol., 2016, Florence str.24-25)

2.3.3 Etická problematika interrupce

O právech ženy a dítěte je možné rozmýšlet rozdílným způsobem. Většinou však narážíme na fakt, že tato práva jsou nedělitelná, jelikož život dítěte je v biologické rovině podmíněn matkou. Přístup k řešení nechtěného těhotenství má na podkladu rozdílných názorů společnosti několik strategií. V listině základních práv a svobod je uvedeno, že lidský život by měl být ochraňován ještě před narozením. O toto ustanovení se opírá strategie „pro life“, neboli v překladu „pro život“. Zastánci této přístupové strategie

považují interrupci za odsouzeníhodnou a nelidskou. Hlásají, že žena nemá právo rozhodnout o životě či smrti nenarozeného potomka a neměla by uplatňovat převahu, jelikož nenarozené dítě se nemůže nikterak bránit. (Haškovcová, 2015. str.107)

Debata vzniká kolem otázky, zda je plod brán jako osoba či nikoliv. Pro life aktivisté argumentují, že pokud je plod považován za osobu, poté je interrupce vražda nebo zabití a měla by být ilegální. Proti tomuto názoru stojí strategie „pro choice“, česky pro volbu, kteří se opírají o fakt, že žena má etický nárok na osobní a tělesnou autonomii, který by měl být součástí koncepce etické, demokratické a svobodné společnosti. (Cline, online, 2017)

Zastánci strategie pro life jsou tvořeni především křesťanskou komunitou. Ukázněný pohlavní styk je pro ně jediná forma ochrany před vznikem nechtěného těhotenství. Jejich snaha o podporu mateřství spočívá i v usilování o lepší ekonomické podmínky pro matky a legislativně snadnou adopci, která je jimi považována za lepší alternativní možnost řešení nežádoucího těhotenství, než je interrupce.

Na druhé straně reprezentanti hnutí pro choice si jsou vědomi, že interrupce by měla být provedena pouze v krajní nouzi a plně podporují dostupnost antikoncepce, která by měla být stěžejním principem odpovědného plánovaného rodičovství. Požadují volný přístup k interrupcím, avšak souhlasí s ekonomickým ztížením uměle ukončeného těhotenství.

Je nutné podotknout, že lékař a porodní asistentka má právo odmítnout provést či se jiným způsobem podílet na interrupčním zákroku, pokud jim to jejich etické či náboženské důvody nedovolují. Toto právo samozřejmě není platné, pokud se žena nachází ve stavu ohrožení života. (Haškovcová, 2015. str.115-125)

Každý z nás má právo na osobní názor v této problematice, ale zejména zdravotnický personál pracující v gynekologii a porodnictví, by měl před utvořením svého pohledu na interrupci znát i argumenty protistrany, která je opačného mínění než oni sami. (Haškovcová, 2004)

3 ANTIKONCEPCE

Kapitola o antikoncepci neboli kontracepci má v mé bakalářské práci velmi důležité místo. Hlavně z toho důvodu, že znalostí nebo právě neznalostí žen a mužů antikoncepčních metod často začíná následující problém nechtěného těhotenství. I přesto že se může zdát, že osvěta o antikoncepčních metodách je v dnešní době rozsáhlá, jedná se v mnohých případech pouze jen o reklamní kampaň a reálné informace se již k cílovým skupinám nedostanou. Fait (2012, str.11) uvádí, že dostupnost a znalost antikoncepčních metod je ukazatelem vyspělosti společnosti a její užívání otázkou životního stylu každého jedince. Antikoncepce je každá metoda, která zabrání početí. Je brána jako primární prevence nechtěného otěhotnění a tedy i porodu nechtěného dítěte.

Snaha zabránit nechtěnému těhotenství je ve společnosti zakořeněná už pradávna a je to také jeden z hlavních rozdílů mezi lidskou a zvířecí sexualitou. U člověka nemá pohlavní styk funkci pouze a jenom reprodukční, ale tvoří nedílnou součást mezilidských vztahů a zábavy. Proto je důležité znát možnosti ochrany před vznikem těhotenství, aby nemuselo docházet k umělým přerušením těhotenství. Interrupce není metodou antikoncepce. Je krajním řešením situace selhání antikoncepce či častěji selhání ženy ve fertilním věku. Antikoncepce je neúčinnější prevencí interrupcí. Fait (2012, str. 11) ve své knize o antikoncepci mluví o selhání ženy z hlediska antikoncepce. Zde je důležité doplnit, že problematika antikoncepce je v rukou obou partnerů stejným dílem. V zemích, kde není dostupná antikoncepce nebo je srovnání s průměrným platem nesmírně drahá, se interrupce dostává do pozice významné metody plánování rodičovství, což je samozřejmě špatně. Na druhé straně přehnané zákonné restrikce tohoto výkonu vedou k potratové turistice nebo nelegální abortům. Ty jsou pak prováděny v podmínkách, které ohrožují život ženy.

Hledání správné antikoncepce, která zabrání opakovat toto těžké životní rozhodnutí ohledně interrupce, by mělo být součástí před- a po- potratové konzultace. Díky nalezení vhodné kontracepční metody je zabráněno intervencím, které mohou ženu po psychické stránce celoživotně traumatizovat.

Každá žena má právo se rozhodnout, zda a kdy mít děti. Toto právo je i zakotveno v mnoha právních dokumentech, například v Prohlášení teheránské konference OSN o lidských právech (1968) nebo v Úmluvě o odstranění všech forem diskriminace žen:

Článek 12

1. Státy, smluvní strany, přijmou veškerá příslušná opatření k odstranění diskriminace žen v oblasti péče o zdraví s cílem zajistit na základě rovnoprávnosti mužů a žen, přístup ke zdravotnickým službám, včetně těch, jež se vztahují na plánování rodiny.

2. Bez újmy ustanovení odstavce 1, zajistí státy, smluvní strany, ženám příslušné služby v souvislosti s těhotenstvím, šestinedělím a poporodním obdobím, přičemž dle potřeby budou tyto služby bezplatné a rovněž zajistí odpovídající výživu během těhotenství a kojení. (Úmluva o odstranění všech forem diskriminace žen, 1979)

3.1 Spolehlivost antikoncepčních metod

Mezi nejčastější otázky, které ohledně antikoncepce vznikají, rozhodně patří především dotaz na účinnost dané antikoncepční metody. Zde je nutné říci, že žádná antikoncepce není sto procentní. Jedinou naprosto spolehlivou formou, jak se bránit před nechtěným těhotenstvím je trvalá a celoživotní sexuální abstinence. Tato metoda je ale pro většinu populace nepřijatelná.

Všechny jiné antikoncepční metody, než je právě celoživotní abstinence, nesou určité riziko selhání. Spolehlivost kontracepce se zpravidla uvádí tzv. Pearl indexem neboli těhotenským číslem. Díky němu se určuje pravděpodobnost toho, kolik žen ze 100 v průběhu jednoho roku při používání vybrané antikoncepční metody a pravidelném pohlavním styku otěhotní. (Uzel, Kovář 2010, str.20)

Metoda antikoncepce se považuje za spolehlivou, čím nižšího čísla Pearl index dosahuje. Udávání spolehlivosti pomocí tohoto matematického vyjádření je srozumitelné a jednoduché. Ovšem skrývá i nevýhody. Nezohledňuje totiž frekvenci pohlavních styků u jednotlivých párů, která se v mnoha případech výrazně liší. Je na místě také odlišit spolehlivost metody od spolehlivosti uživatele. U určitých antikoncepčních metod (např. nitroděložní antikoncepční tělísko, sterilizace) je chyba uživatele téměř vyloučená. U jiné metody se však může vloudit chyba lidského faktoru a může tak ovlivnit účinnost metody velice zásadním způsobem. (Uzel, Kovář 2010, str.20)

Zde tedy už závisí na každém uživateli, aby rozhodl, zda je schopen pravidelně a správným způsobem jimi zvolenou antikoncepční metodu užívat.

3.2 Druhy antikoncepce

Jelikož je v dnešní době tolik možností antikoncepce, pokusím se je v následující části shrnout. Antikoncepce se dělí z hlediska pohlaví na mužskou a ženskou. Známe metody hormonální,nehormonální, chemické, bariérové a postkoitální.

3.2.1 Nehormonální druhy antikoncepce

Mezi tento typ kontracepce můžeme zařadit všechny metody, při nichž nejsou jakoukoli formou užívány hormonální složky.

Detekce plodných a neplodných dní je lékařského pohledu již překonanou a nespolehlivou formou antikoncepce. Spočívá ve využívání méně plodných období v menstruačním cyklu ženy. Jako nejjednodušší způsob stanovení ovulace podle menstruačního cyklu je prosté zaznamenávání každého menstruačního krvácení. K uvolnění vajíčka dochází zpravidla 14 dní před začátkem další menstruace, maximální rozpětí 12-16 dní. Uvolnění vajíčka neboli ovulace je doba v cyklu, kdy je pravděpodobnost otěhotnění největší. Jak už ale bylo řečeno, výpočet termínu ovulace může fungovat jen u žen s pravidelným cyklem. Vzhledem k nepravidelnostem, které často menstruaci u mnoha žen doprovázejí, je vhodné řídit se různými pomocnými úkazy, které nám pomůžou stanovit dny plodné a neplodné určitě přesněji. Mezi typické znamení jsou změny na bazální tělesné teplotě. Při ovulaci totiž dochází ke vzniku žlutého tělíska produkující hormon progesteron, který ovlivňuje zvýšení tělesné teploty o 0,2-0,4 stupně Celsia. Teplotu je důležité měřit za standardních podmínek hned ráno po probuzení vždy na stejném místě, a to buď v ústech, pochvě nebo konečníku.

Dalším pomocným faktorem může sledování vazkosti hlenu z děložního hrdla. Tato metoda se označuje jako hlenová metoda a je založena na faktu, že hlen se v době ovulace pod vlivem progesteronu stává řídký a kluzký.

Kromě toho lze samovyšetření děložního čípku. Čípek při ovulaci měkne a zevní ústí děložního hrdla se mírně pootevívá.

Dále se k těmto ukazatelům může připojit tzv. ovulační test, který lze dnes jednoduše zakoupit v lékárně. Většinou se jedná o močový test, jenž vychází ze stanovení hladiny luteinizačního hormonu. Při kombinaci všech těchto faktorů se určování plodných a neplodných dnů stává bezpečnější metodou. (Uzel, Kovář 2010, str.27)

Metoda přerušované soulože je nejvíce používanou metodou vůbec. Její Pearl index se

pohybuje ve velkém rozptylu 4-27. Odpovědnost za metodu nese převážně muž a stejně jako ostatní tzv. přirozené metody nechrání proti přenosu pohlavních chorob. Pro udržení této nízké účinnosti nesmí muž opomenout řádnou hygienu genitálu a nejlépe mikci před dalším koitem. (Fait 2012, str.96)

Laktace jako antikoncepce je poměrně mýtická forma ochrany před otěhotněním, s kterou jsem se setkala již mnohokrát. Je důležité maminky upozornit, že s kojením automaticky nepřichází přirozená metoda antikoncepce. Fait (2012, str.98) uvádí, že kojení je možno považovat za antikoncepci v případě, že žena plně kojí, není déle než 6 měsíců po porodu a nemenstruje. Je zde ale důležitá i intenzita kojení, což znamená počet přísátí dítěte k prsu. Čím větší intenzita, tím je laktace jako metoda antikoncepce brána za spolehlivější.

Poševní pesar (diafragma) spadá do kategorie bariérové antikoncepce, při níž dochází k blokaci cesty spermie k vajíčku. Jedná se o kulatý klobouček, který je snadno po obvodu stlačitelný a ohebný. Před stykem se zavádí do prostoru mezi zadní stěnu poševní a symfýzu. V pochvě může zůstat až 72 hodin. Poševní pesary se zhotovují v různých velikostech od 50mm do 105 mm v průměru. Vhodnou velikost by měl určit gynekolog dle prostornosti pochvy, tak aby pesar skutečně těsnil. Rovněž nácvik zavádění této antikoncepční pomůcky by se měl provádět pod odborným dohledem, není zcela jednoduchý a právě na správně zvolené velikosti a správném zavedení spočívá celý antikoncepční efekt (Uzel, Kovář 2010, str.57)

Cervikální klobouček je také jednou z forem bariérové antikoncepce. Této metodě se také říká pesar, ale jedná se o menší velikost než u výše zmíněného poševního pesaru. Nasazuje se pouze jako čepička na děložní čípek, tak aby bylo překryto zevní ústí cervikálního kanálu. Velikost kloboučku by měl opět určit lékař. Vhodné je tuto metodu kombinovat se spermicidními gely.(Čepický, 2010, str.21-23)

Femidom neboli ženský kondom je další variantou bariérové antikoncepce. Jedná se o obdobu mužského kondomu a zavádí se podobným způsobem jako pesar, tak, aby jeho okraje zcela překrývaly poševní vchod. Femidom je doporučováno kombinovat s antikoncepčními gelovými preparáty. V dnešní době je tato metoda prakticky nevyužívaná a byla nahrazena praktičtějšími druhy antikoncepce. (Citterbart, 2003, online)

Chemické metody jsou jedny z modernějších typů antikoncepce. Jedná o lokální metodu založenou na principu, při němž dochází k imobilizaci spermií v ejakulátu. Fait (2012. str.

90) uvádí, že spermicid nové generace benzalkonium chlorid je srovnatelně účinný jako kombinovaná hormonální antikoncepce. Zároveň celkem spolehlivě hubí choroboplodné zárodky a tak snižuje riziko přenosu STD. Tato metoda se prodává ve formě vaginálních globulí, gelů, pesarů či krémů. Účinek se pohybuje v časovém rozpětí od 4 do 24 hodin v závislosti na formě antikoncepce. Stává se metodou volby především pro ženy s vysokým rizikem pohlavně přenosných infekcí. Dále také pro ženy, které nemohou nebo nechtějí užívat hormonální antikoncepci nebo pro ženy s nižší frekvencí pohlavního styku. Jedná se současně o bezpečnou a účinnou variantu ochrany před nechtěným otěhotněním pro všechny ženy. (Fait 2012, str.90)

3.2.2 Nitroděložní tělísko

Nitroděložní tělísko (IUD= intrauterine device) je prokazatelně nejvýhodnější metodou kontracepce ve srovnání cena-spolehlivost-zdravotní bezpečnost.

(Fait 2012, str.70)

Zde se ale názory na zdravotní bezpečnost této metody rozcházejí. Mendelsohn (2014, str. 145) ve své knize Mužský přístup aneb Jak lékaři manipulují se ženami píše, že až do počátku 60. let minulého století američtí lékaři tuto metodu striktně odmítali a to především kvůli zvýšenému riziku infekce, zánětu a dokonce smrti. Uvádí, že ještě před 20 lety byla tato metoda antikoncepce brána jako jedna z forem nešetného zacházení.

Při této metodě je zavedeno tělísko při menzes do dělohy, kde zabraňuje transportu spermií k vajíčku. Existují dva základní typy IUD a to nehormonální a hormonální. Nehormonální verze je vyrobena z plastové hmoty a je doplněna nejčastěji měděným (může být zlatým, stříbrným nebo ze slitiny zinku a stříbra) drátkem. Základní mechanismus účinku spočívá v tom, že v děloze působí tělísko jako cizí těleso, čímž přitahuje množství bílých krvinek a ty se vrhají na spermie. Tento efekt je ještě zvýšen měděným drátkem. Uvolňovaná měď má toxický vliv na spermie a brání jim v cestě pohlavním ústrojím ženy.

Intrauterinní systém je doplněn o gestagenní typ hormonu (Levonorgestrel). Princip účinku spočívá v každodenním uvolňování nízké hladiny hormonu do dělohy, kde působí lokálně. Zvyšuje hustotu cervikálního hlenu a tím znemožňuje vstup spermiím.

Obě formy IUD zavádí gynekolog ambulantně. Extrakce tělíska by měla nastat po 5 letech z důvodu rizika aktinomykózy (je chronické infekční onemocnění charakterizované tvorbou mnohočetných píštělí) při dlouhodobém zavedení.

(www.antikoncepce.cz, 2016)

3.2.3 Hormonální antikoncepce

Hormonální antikoncepce je poměrně nová forma ochrany před těhotenstvím. Je to nejspíše nejvíce účinný, ale zároveň nejkontroverznější typ kontracepce. Zde je nutný subjektivní názor a zkušenost každé ženy. Hormonální antikoncepci dělíme na dva druhy, a to kombinovanou hormonální antikoncepci a gestagenní.

Kombinovaná hormonální antikoncepce spočívá v cyklickém užívání kombinace hormonů estrogeneru a progestinu. Kombinovaná hormonální antikoncepce se běžně užívá cyklickým způsobem, tj. po 21-24 dnech a poté následuje čtyř- až sedmidenní pauza v užívání. Během ní je antikoncepční ochrana zachována a nastupuje krvácení, které se nazývá pseudomenstruační. Antikoncepční tableta, náplast nebo vaginální kroužek způsobí blokádu ovulace (uvolnění vajíčka) zásahem do hypotalamo-hypofýzo-ovariální osy, která by za normálních okolností řídila uvolnění vajíčka. Účinek kombinované hormonální antikoncepce dopadá i na endometrium (děložní sliznice), které normálně dozrává a po přerušení užívání antikoncepce se odlučuje v podobě pseudomenstruace (menstruační krvácení pod vlivem syntetických hormonů). Spolehlivost kombinované hormonální antikoncepce je vysoká. Pearl index při správném užívání pilulek pohybuje okolo 0,1-0,2, u náplastí či vaginálních kroužků se udává index 0,4. (Roztočil 2011, str.111-112)

Gestagenní antikoncepce je založena na kontinuální aplikaci gestagenu (progestinu). Existuje několik forem užívání, ať už v podobě tablet, intramuskulárních a subkutánních injekcí či implantátů.

Mechanismus spočívá v účinku gestagenu na cervikální hlen. Díky němu se stává hlen vazký a neprostupný jak pro spermie, tak i pro bakterie. Dále má zde roli i blokáda ovulace, která se ale považuje za nestabilní. Pearl index se u správného užívání tablet pohybuje kolem 0,2, u implantátů 0,02 a u injekčních metod podání dokonce 0,01, což je v nižší číslo než u sterilizace. (Roztočil 2011, str.109)

3.2.4 Další metody antikoncepce

Postkoitální druh ochrany před otěhotněním je metoda, jenž se užívá až po pohlavním styku. Jedná se o akutní formu antikoncepce, nikoliv pro plánované užívání. Intercepce je možné použít ve chvíli neplánovaně nechráněném pohlavním styku nebo pokud selže

některá z forem bariérové kontracepce.

Jako metoda intercepce se nejčastěji užívá vysoká dávka sexuálních steroidů. Lze také zavést intrauterinní tělísko s mědí. Tento způsob se však dnes užívá ojediněle.

Intercepční preparát se musí užít nejpozději do 72 hodin po nechráněném styku. Často se potom můžeme setkat s krvácením mimo cyklus. V případě, že nedojde ke menstruačnímu krvácení do 14 dnů od požití intercepce je nasnadě provést těhotenský test. (Roztočil 2011, str.114)

Ženská sterilizace se vykonává přerušáním, uzavřením nebo odstraněním vejcovodů, díky němuž je zabráněno putování vajíčka do dělohy a tak i setkáním se spermii. Provádí se buďto laparotomicky při císařském řezu či jiném otevřeném výkonu nebo laparoskopickou cestou, při které zákrok trvá kolem 20 minut. Zábрана otěhotnění je pouze mechanická a nemá vliv na hormonální aktivitu ženy. Pearl index u sterilizace má hodnotu 0,02 a více. Tubární sterilizace je dnes upravována zákonem č. 373/2011 sb. Pacientka, která žádá o provedení sterilizace, vyplní prohlášení, které obsahuje její podpis, podpis ošetřujícího gynekologa a podpis pacientčina svědka. Časový interval mezi podepsáním prohlášení a udělením souhlasu k provedení výkonu nesmí být v případě, že se jedná o sterilizaci z jiných než zdravotních důvodů, kratší než 14 dnů. (Hájek a kol., 2014, str. 510)

3.2.5 Mužské metody antikoncepce

Nejznámější a nejpoužívanější metodou antikoncepce pro muže je **kondom**. Prezervativ je nejspíše nejstarší používaná antikoncepční metoda. Je také rozhodně nejsnáze použitelnou možností. Spolehlivost kondomu jako ochrany před početím se při typickém užíváním pohybuje kolem Pearl indexu 14, avšak v ochraně proti STD (pohlavně přenosné choroby) je nezastupitelný. Na dnešním trhu je široký výběr kondomů. Je možné si vybrat z kondomů různých velikostí, tvarů i barev, s povrchovou úpravou, suché nebo zvlhčené silikonovým olejem s příměsí spermicidních látek, nejčastěji nonoxynolu-9 (Fait 2012, str.93).

Mužská sterilizace neboli vazektomie je zákrok, při němž dojde k přerušování chámovodů a tak zabránění plodnosti. Tato metoda má nízké riziko komplikací a je nejspolehlivější mužskou antikoncepcí vůbec. Nemá vliv na kvalitu orgasmu či erekce. Jedná se o naprosto dobrovolný zákrok, který v dnešní době není hrazen zdravotní pojišťovnou. (Šonský, 2015, str. 113-115)

4 ÚLOHA PORODNÍ ASISTENTKY

Mezinárodní definice porodní asistentky, která byla přijata v Brisbane v roce 2005 na zasedání Mezinárodního výboru porodních asistentek, uvádí, že porodní asistentka je plně zodpovědný zdravotnický pracovník, který pracuje v partnerském vztahu se ženami, aby jim mohla nabídnout podporu, pomoc a péči ohledně těhotenství, porodu a poporodního období. Mezi její kompetence patří vedení fyziologického porodu a poskytování péče novorozencům a dětem v kojeneckém věku. V praxi je plně zodpovědná a může samostatně vykonávat ošetrovatelskou péči o ženu bez odborného dohledu, což je podloženo vyhláškou č. 55/2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Zároveň v roli edukátora poskytuje radu v rámci zdravotního vzdělávání nejen ženám, ale i rodinám a celým komunitám. Tato práce by neměla být zaměřena jen na předporodní přípravu a přípravu na péči o dítě. Jelikož porodní asistentka pracuje a pečuje o ženy v různých životních etapách, je důležitá edukace i v oblasti sexuální výchovy, plánování rodičovství a reprodukčního zdraví. V edukační práci porodní asistentky je důležité vzdělávat ženy i ohledně antikoncepce a poradit při výběru vhodné metody. (www.mzcr.cz, 2014)

Porodní asistentky se podílí na péči o ženy jak v porodnické, tak i v gynekologické sféře. Spolu s lékařem tvoří tým, který zajišťuje prevenci, léčbu, rehabilitaci a diagnostiku v gynekologii.

V případech umělého ukončování těhotenství porodní asistentka doprovází ženu po celou dobu jejího pobytu v nemocnici. Mezi základní úlohy porodní asistentky je edukace ženy ohledně výkonu, odebrání ošetrovatelské anamnézy, seznámení klientky s chodem oddělení. V bezprostředním období před zákrokem podává ženě premedikaci dle ordinace lékaře a provádí bandáž dolních končetin. Po provedení interrupce sleduje stav vědomí, dech, puls, krevní tlak, tělesnou teplotu a krvácení po dobu 2 až 3 hodin. Poté s ženou poprvé po zákroku vstává a doprovází ji na toaletu, aby nedošlo k pádu z důvodu vazomotorického kolapsu. (Slezáková, 2011, str.11)

Pokud žena podstupuje farmakologické ukončení těhotenství, porodní asistentka by měla lékaři asistovat při poučování klientky a vysvětlování postupu. Je nutné, aby porodní asistentka znala podmínky, při kterých lze tuto metodu použít, upozornila pacientku na nutnost třech kontrolních návštěv a možnost selhání metody. Ve zdravotním zařízení je poté porodní asistentka pověřena sepsáním anamnézy, zejména důležité jsou informace o poruchách hemostázy, anémii, hypokoagulaci, kdy v případě poruchy rozhoduje o podání

látky lékař na základě závažnosti problému. Ženě je odebrána krev pro určení krevní skupiny a Rh faktoru, aby se předešlo riziku Rh aloimunizace. po farmakologickém ukončení těhotenství. Pokud vše proběhlo v pořádku a došlo k úplnému vypuzení plodu je úkolem porodní asistentky umět ženě pomoci s výběrem správné antikoncepce. Tato postinterrupční poradna by měla následovat po všech metodách uměle ukončeného těhotenství, jelikož porodní asistentka by se měla zasadit o to, aby k interrupcím docházelo co nejméně, právě i díky správně zvolené kontracepci. (www.edukafarm.cz, ©2014)

Další a neméně důležitou úlohou porodní asistentky v problematice nechtěného těhotenství a jeho řešení je psychologická podpora ženy, ať už její rozhodnutí jakékoliv. I přesto, že primárním úkolem porodních asistentek je pomoc a ochrana nového života, je nutné si uvědomit, že jsou situace v životě ženy, které toto neumožňují, a proto je důležité přistupovat ke každé ženě profesionálně, empaticky, individuálně a k jako jedinečné osobnosti. (Štřomerová, et al., 2010, s. 20)

Postavení a práce porodní asistentky je nezastupitelná. Slouží jako prostředník mezi lékařem a pacientkou, proto se od ní očekávají komunikační a psychologické dovednosti.

Komunikace mezi ženou a porodní asistentkou zde hraje velkou roli i při rozvoji psychického problému v souvislosti s interrupcí, porodní asistentka má úlohu poradce a posluchače, který je schopen ženě nabídnout podporu, dokáže ji pomoci vyhledat nebo nabídnout možnosti psychologické léčby v případech vzniklých komplikací.

PRAKTICKÁ ČÁST

5 FORMULACE PROBLÉMU

Nechtěné těhotenství je problém, se kterým se musí během života vypořádat velký počet žen. Tato problematika je velice náročná na psychiku ženy, ale zároveň se nepřímo dotýká i celé naší společnosti. I přes důslednou osvětu o ochraně před vznikem nechtěného těhotenství se stále počet potratů pohybuje v řádech desetitisíců. Nejvyšší procento v tomto počtu tvoří především umělé přerušování těhotenství. Jedná se cca o 20 000 UPT z 34 000 potratů ročně (ÚZIS, © 2017)

Domnívám se, že se často opomíná i psychický dopad, který na ženu interrupce má. Je důležité si uvědomit, že nejenom ženy po spontánním potratu jsou ohrožené vznikem postabortivního syndromu. I ženy po interrupci mají těžké psychické problémy, ale většinou až po uplynutí určité doby a prožitky mají podobné, nebo stejné jako ženy, které potratily spontánně, nebo na interrupci jít musely (Ratislavová, 2008). Proto je důležité se těmto ženám věnovat. Velkou roli zde hraje před- a po-potratová konzultace, aby byly následky interrupce co nejmenší. Součástí těchto konzultací by mělo být i zjištění důvodů interrupce, popřípadě nabídnout jiné formy řešení jejich problému, podrobné vysvětlení zákroku, ale také zaměření se na psychiku ženy před a po interrupci. Jde tedy především o problém nedostatečného přiblížení se ženám, které touto nelehkou situací procházejí a usnadnit jim tuto nelehkou životní událost.

6 CÍL VÝZKUMU

Zjistit retrospektivně názory a pocity žen, které prodělaly ukončení těhotenství.

6.1 Dílčí cíle

- 1) Zjistit hlavní důvod, kvůli kterému ženy interrupci podstoupily.
- 2)) Zjistit jaké byly reakce partnera, rodiny a okolí na jejich rozhodnutí podstoupit interrupci.
- 3) Zjistit, jak respondentky prožívaly období před a po interrupci/potratu.
- 4) Zjistit jejich názor ženy na interrupci.
- 5) Zpracovat výstup do praxe.

6.2 Operacionalizace pojmů

Interrupce- umělé přerušování těhotenství je záměrné ukončení těhotenství prostřednictvím chemické látky nebo chirurgického zákroku. (Roztočil, 2011)

Postinterrupční syndrom - soubor příznaků a obtíží, které se u části žen dostavují po prodělaném potratu, ať už samovolným či uměle vyvolaném. (www.opsychologii.cz, © 2018)

7 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Jaké byly hlavní důvody pro podstoupení interrupce?

Jaké byly reakce partnera, rodiny a okolí na rozhodnutí podstoupit interrupci?

Jak se žena cítila před a po interrupci?

Jaký je její názor na interrupci?

8 DRUH VÝZKUMU A VÝBĚR METODIKY

Pro svůj výzkum jsem zvolila kvalitativní formu. Díky němu se mohu zaměřit na úzký rozsah respondentů, který je pro toto téma vhodný. Téma mé práce je pro dotazované emočně náročné, proto je zde důležitý individuální přístup. Jde mi o správné porozumění pocitům a rozhodnutím dotazovaných, jemuž se mohu díky tomuto druhu výzkumu nejlépe přiblížit. Využívá se zde princip jedinečnosti, který nám ukazuje, že lidé mohou určité fenomény vnímat rozdílným způsobem. Hendl (2012, str.49) uvádí, že díky kvalitativnímu výzkumu nezůstává výzkumník na povrchu problému, provádí podrobnou komparaci případů, sleduje jejich vývoj a zkoumá příslušné procesy. Kvalitativní výzkum se provádí za pomoci delšího a intenzivnějšího kontaktu s jedincem. Díky tomu získá integrovaný pohled na daný předmět studie.

8.1 Metoda

V tomto výzkumu je zvolena metoda hloubkového polostrukturovaného rozhoru. Dle Hendla (2012, str. 102) se jedná o detailní studium jednoho nebo několika případů. Jde

především o sběr dat od jednoho nebo více jedinců. V této metodě je cílem zachytit složitost případů a popsat vztahy v jejich celistvosti. Já ve své práci vytvářím 2 studie. Pozornost se zde věnuje kontextovým faktorům, minulosti, názorům a pocitům. Zkoumám zde možné příčiny, faktory a zkušenosti respondentek, které mohly mít úzký vztah s událostí interrupce.

8.2 Výběr případu

Pro svůj výzkum jsem vybrala 2 ženy. Tyto ženy byly vybrány pečlivě, aby byl výzkum celistvý. Tyto ženy musely splňovat určitá kritéria. Jelikož se jedná o emočně náročné téma, musely být ženy schopny o daném tématu mluvit otevřeně. Výzkum je rozdělen do dvou rozhovorů. Věkové kritérium bylo nastoleno od 20 do 35 let. Roli zde hrál od i časový horizont odstup od prodělané interrupce. Muselo uběhnout alespoň půl roku od daného zážitku a maximální odstup od potratu či interrupce byl stanoven na 5 roky. Toto časové rozpětí je zvoleno z důvodu nadhledu nad situací, ale zároveň je důležité, aby informace nebyly zkreslené dlouhou časovou prodlevou. Musím podotknout, že vyhledání respondentek pro tuto problematiku je poměrně složité. Většina žen odmítá o interrupci nebo spontánním potratu mluvit, především z důvodu psychického diskomfortu nebo strachu z odsouzení.

8.3 Způsob získávání informací

Můj výzkum je veden metodou polostrukturovaného rozhovoru. Tento typ jsem zvolila z toho důvodu, protože tento typ metody spoléhá na spontánní generování otázek v přirozené interakci mezi výzkumníkem a respondentem a díky tomu, bylo pro dotazované mnohem jednodušší na toto téma mluvit. Hendl (2012, str.175) píše, že síla neformálního rozhovoru je především v zohlednění individuálních rozdílů a změn situací. Otázky tak mohou být individualizovány tak, aby se dosáhlo hloubkové komunikace a posílila se konkrétnost a bezprostřednost rozhovoru.

9 ORGANIZACE VÝZKUMU

Rozhovory jsem vedla se dvěma ženami. Respondentky znám osobně a mohu říci, že jsme si velice blízké. Z důvodu probírání velice intimního problému bylo důležité vždy

vybrat prostředí, které je respondentkám příjemné a ve kterém se cítí bezpečně. Rozhovory byly uskutečňovány buďto v pohodlí jejich domovů nebo formou videorozhovoru, pokud bylo nutné doplnit určité informace a nebyla možnost osobního shledání. Po podepsání potvrzení o zachování anonymity, byl celý rozhovor zaznamenán na nahrávací zařízení. S každou respondentkou proběhly minimálně dvě schůzky. Jelikož jsem si se dvěma dotazovanými blízka, byly naše rozhovory naprosto přirozené, bez jakéhokoliv studu či strachu.

Rozhovory se uskutečnily v období od listopadu 2017 do ledna 2018.

10 ZPRACOVÁNÍ VÝSLEDKŮ

Rozhovor č.1- paní Radka

Anamnéza

Radce je 35 let, má jednoho syna z prvního manželství a žije se jako kuchařka. Před necelým rokem podstoupila svojí první farmakologickou metodu interrupce. Radka je zdravá, nikdy v minulosti netrpěla závažnější nemocí. I z gynekologického hlediska je vše v pořádku. Její první porod měl hladký průběh a ráda na něj vzpomíná jako na jeden z nejúžasnějších zážitků.

S Radkou se znám asi tři roky a jsem si poměrně blízké. Když jsem ji požádala o rozhovor do mé bakalářské práce, neměla žádný problém s tématem rozhovoru, i přesto že je citlivé.

Období před interrupcí

Radka měla vždycky poměrně složitý život. Od 10 let vyrůstala v domácnosti rozvedených rodičů, při čemž s otcem neměla téměř žádný vztah. Sama ale říká, že nemá pocit, že by jí absence výchovy z otcovy strany nějak ovlivnila. Ba naopak si myslí, že rozvod jejich rodičů byla mnohem jednodušší část jejího života než představa, že vyrůstá v rodině plné hádek.

Radčina puberta byla divoká etapa dospívání. „Tím že jsem studovala uměleckou střední školu, tak jsem přišla do kontaktu s lidmi, kteří nežili standardní životy. Chtěla jsem být stejný bohém jako oni. Žila jsem tak trochu v anarchii.“ vypráví Radka. Ve 25 letech potkala svého prvního manžela, se kterým má dnes sedmiletého syna. Po 8 letech jejich manželství ztroskotalo, což v Radce zanechalo obrovskou bolest a zklamání. „To byla asi zatím největší krize mého života, měla jsem pocit, že to pro mě všechno skončilo. Bylo mi 33 let, rozvedená s jedním dítětem, finančně jsem na tom byla, asi tak jako každá svobodná máma a nevěřila jsem, že ještě někdy budu chtít partnerský život.“ pokračuje Radka.

Rok od rozvodu však poznala nového partnera, který byl v té době o 8 let mladší než Radka. „Ten vztah neměl žádnou budoucnost, byla to z mé strany snad možná jenom potřeba mužského kontaktu a nějakého citu, nic víc. Byla to z mé strany velká nezodpovědnost, protože jsem s ním nijak neřešila ochranu. Občas jsem použili kondom, ale nebylo to pokaždé. Do té doby jsem totiž s bývalým manželem praktikovala přerušovanou soulož a fungovalo to, tak jsem měla pocit, že to bude stačit i v tomto případě. Jenže se bohužel stalo to, že jsem po dvou měsících vidání se s ním zjistila, že

jsem těhotná.“ říká Radka

Jaká byla tvá reakce, partnerova a okolí na těhotenství?

Nejprve jsem tomu nevěřila. Měla jsem asi týden zpoždění menstruace, tak jsem si udělala těhotenský test, který vyšel pozitivní. Mám pocit, že jsem si těch testů udělala pak asi ještě pět, než mi došlo, že jsem vážně těhotná. **Prakticky hned jsem ale věděla, že si to dítě nechat nemůžu a vlastně ani nechci. Neměla jsem partnera, se kterým bych chtěla založit rodinu, finanční příjem mi taky nedovoloval být svobodnou matkou dvou dětí a hlavně v sobě jsem cítila, že to všechno je velký omyl.** Možná to bylo i tím, že když jsem otěhotněla poprvé, tak to taky bylo neplánované, ale já prostě věděla, že to je správně a že to tak má být. Já dost dám na vnitřní pocit a tady jasně říkal, že si to dítě nemůžu nechat.

Nejprve jsem měla v plánu to otci dítěte vůbec neříct. Měla jsem pocit, že je to jenom moje věc, moje tělo a moje rozhodnutí, ale potom mi přišlo to nespravedlivé, zbabělé a zároveň jsem trochu chtěla znát jeho reakci a názor, i když jsem věděla, že to moje rozhodnutí stejně nemůže ovlivnit.

Jeho reakce mě vlastně nijak nepřekvapila a jen utvrdila v tom, že s ním bych dítě rozhodně vychovávat nechtěla. **Nejdřív se ohrazoval tím, že to není vůbec možné a jestli jsem si jistá, že on je otec. Potom se ptal, jak to chci dál řešit. Když jsem řekla, že chci jít na potrat, tak na něm byla vidět ta úleva. Tvrdil, že tak je rozumný, že on je stejně ještě mladý a to být tátou se vůbec necítí.** Víš, mně to přišlo, jak kdybychom hráli zrovna scénu v nějakém laciném seriálu. Ale já byla za to, jak se k tomu postavil nebo spíš nepostavil ráda, díky tomu jsem neměla už absolutně žádný pochybnosti.

Ostatním jsem to vůbec neříkala, neviděla jsem důvod proč. Ty jsi byla jediná, komu jsem s tím svěřila. Už jenom kvůli tomu, že studuješ porodní asistenci a chtěla jsem poradit. V práci jsem to nemohla už vůbec říct. Jsme tam dámský kolektiv a já nechtěla, aby mě někdo soudil nebo něco rozmlouval. A hlavně taky kvůli tomu, že se kolegyně snaží už dlouhou dobu o miminko a pořád se jim to s manželem nedaří. Přišla bych si jako nejhorší člověk na světě.

Pokud mám shrnout tvoje důvody interrupce, tak jsou to neperspektivní partner a ekonomická zátěž?

Ano, ale zároveň tam ten vnitřní pocit hrál velkou roli. Já nechci, aby to vypadalo, že

jsem nad tím nepřemýšlela. Prakticky jsem 14 dní nedělala nic jiného, ale po shrnutí všech důvodů, tam nebylo nic, kvůli čemu bych nad tou interrupcí váhala. **A ještě ke všemu jsem ani neměla pocit, že jsem těhotná, že mám v sobě další život, tak jako jsem to měla hned z počátku u prvního dítěte.**

Další věcí bylo i to, že jsem věděla, že se nejedná o žádnou operaci, že nebudu muset podstoupit anestezii. Že stačí pilulka a bude konec. To mi taky hrozně usnadnilo rozhodování.

Kdyby reakce otce dítěte byla ta, že chce, aby sis dítě nechala a nabídl finanční pomoc, změnilo by to nějak tvoje rozhodnutí?

Myslím, že finální rozhodnutí by bylo stejné. Přece jenom ta ekonomická stránka věci nebyla ten největší důvod. Já si nedokázala představit s ním založit rodinu a vychovávat i druhé dítě bez otce jsem odmítala. **Možná bych nad celou situací jen déle přemýšlela, ale na potrat bych šla stejně.**

Nezvažovala jsi třeba adopci?

To vůbec. To mě ani nenapadlo. S tou myšlenkou jsi přišla až pak ty, do té doby jsem tak vůbec neuvažovala. Ale já v tu dobu měla pocit, že adopce by mi vůbec nepomohla a naprosto neřešila mojí situaci. Vždycky mi přišlo, že dítě k adopci dávají jen mladý holky, který nemají absolutně žádnou možnost to dítě zabezpečit. A hlavně by všichni okolo věděli, že jsem těhotná a tím pádem bych pak musela všem říct, že jsem dala dítě k adopci. **Ne, to by prostě nešlo. Taky si myslím, že když už bych to dítě v sobě 9 měsíců nosila, tak bych si k němu vytvořila pouto a žádná adopce by se stejně nekonala. Ale to by pro mě v tu chvíli nebylo správný řešení.**

Dobře, chci se zeptat, jak probíhala návštěva u gynekologa. Mluvil s tebou o tom někdo?

Pokud si vzpomínám, tak nemluvil. Ale možná to bylo i tím, že jsem působila tak rozhodně. A taky možná hrálo roli to, jak vypadám. Myslím tím, že si lidé myslí, že když jsem potetovaná a tak, že ani nemá cenu mi potrat rozmlouvat.

Ale musím říct, že na mě byl pan doktor i sestřička hrozně milí. Neměla jsem pocit, že by mě soudili. **Toho se podle člověk bojí nejvíc. Toho že bude souzený za svoje rozhodnutí, i přesto že na něj má právo.**

Pak mi vysvětlili, jak celá interrupce probíhá, upozornili mě na rizika a odkázali to nemocnice. Všechno mi to znělo jednoduše. Vůbec mi nepřipadalo, že jdu na potrat.

Ted' když nad tím zpětně přemýšlím, tak jsem ráda, že to se mnou nikdo z nich nechtěl řešit do hloubky a ptát se na moje důvody. Ten přístup mi přišel profesionální a všechno proběhlo tak, jak jsem chtěla.

I v nemocnici pak bylo vše bez problémů. Prakticky jsem jen zapila prášky a počkala asi hodinu v čekárně, jestli nebudou nějaké komplikace.

Období bezprostředně před a po interrupci

Můžeš popsat, jak u tebe farmakologická interrupce probíhala? Zda jsi měla nějaké nežádoucí účinky, bolesti nebo cokoliv, co tě překvapilo jak pozitivně tak i negativně? A jak ses cítila psychicky?

Musím přiznat, že jsem měla strach, jak to bude probíhat, zda budu hned krvácet nebo jak moc to bude bolestivé. Udělala jsem totiž chybu a den před interrupcí jsem hledala zkušenosti jiných žen na internetu. To opravdu nedoporučuji nikomu. Byla jsem z toho akorát vystrašená a čekala to nejhorší. **Mimo to že jsem měla strach, což mi přijde normální, jsem se cítila dobře. Měla jsem to v hlavě srovnané a věděla jsem, že tohle je prostě nutnost. Taky mi pomohla myšlenka, že přeci nejsem jediná žena na světě, která kdy postoupila interrupci. Jen už jsem to chtěla mít celé za sebou.**

Možná jsem měla štěstí, ale u mě celý ten proces interrupce proběhl opravdu snadno. Po první dávce toho preparátu jsem necítila téměř nic. Možná mě maximálně párkrát píchlo v podbřišku, ale ta bolest neodpovídala ani menstruační bolesti.

Krvácet jsem začala až po druhé návštěvě. Ale zase se neodehrávalo nic dramatického. Měla jsem pocit, že krvácím jako při slabší menstruaci, až jsem měla strach, jestli se třeba něco nepokazilo, protože jsem věděla, že tam je riziko selhání při tomto způsobu potratu a žena potom musí na chirurgický zákrok. To že jsem krvácela tak málo, jsem si pak spojila s tím, že jsem nikdy neměla ani silnou menstruaci. Tím jsem se uklidnila.

Při třetí návštěvě se jen potvrdilo, že vše proběhlo bez komplikací. Ulevilo se mi. I z toho důvodu, že už je to za mnou a já můžu tuto kapitolu uzavřít.

Cítila si teda především úlevu?

Ano, cítila jsem, jak ze mě spadla zátěž. Možná to bude znít zvláště, ale já byla šťastná. Věděla jsem, že už je to všechno za mnou a já se můžu vrátit ke svému dosavadnímu životu bez toho, aby vzadu v hlavě byla pořád ta myšlenka na interrupci. **Necítila jsem smutek ani zklamání sama ze sebe jako jsem občas cítila před**

interrupcí, možná díky tomu, že jsem si potratem byla naprosto jistá.

Měla jsi nějaké specifické potřeby po interrupci?

Chtěla jsem být sama aspoň den. Připadala jsem si jako malé dítě, protože jediné, co jsem potřebovala, bylo teplo, jídlo a klid. Vím, že jsem strávila celý den v posteli a dívala se na seriály. Potřebovala jsem zaměstnat hlavu nějakou nenáročnou činností, abych mohla vypnout. Taky jsem v tu noc potom spala asi 11 hodin, to mi hodně pomohlo.

Ale tou **nejdůležitější věcí bylo soukromí, abych si mohla ještě hezky vyrovnat myšlenky**. Všem ženám po interrupci bych to doporučila, protože já se druhý den cítila dobře.

Proběhla po interrupci edukace o vhodné metodě antikoncepce ze strany lékaře nebo porodní asistentky?

Vzpomínám si, že mi jen tak v rychlosti byla doporučena možnost hormonální antikoncepce, vzhledem k efektivitě této metody. Já ale měla s hormonální antikoncepcí vždy špatnou zkušenost, takže jsem o ní po interrupci ani neuvažovala. A více do hloubky to se mnou nikdo nerozebíral. To ale chápu, měli plnou čekárnu pacientek a nemohli si dovolit strávit půl hodinu nad výběrem antikoncepce pro ženu v mém věku.

Ocenila bys, kdyby se ti někdo v tomhle směru věnoval a pomohl ti vybrat nejvhodnější antikoncepci?

Určitě ano, ale chtěla bych to řešit až pak někdy v samostatné návštěvě. V tu chvíli jsem už chtěla mít všechno za sebou a odejít, každá minuta navíc mi byla nepříjemná.

Období po interrupci

Jak se cítila po interrupci s odstupem několika měsíců?

Vše bylo normální. Já jsem nad tím už déle nepřemýšlela. Přišlo mi zbytečné se k tomu v myšlenkách vracet a nějakým způsobem zpochybňovat svoje rozhodnutí. **Já za tím vším udělala tlustou čáru a život běžel dál. Necítím žádnou lítost nad svým rozhodnutím.**

Jaký byl tvůj vztah po interrupci s otcem dítěte?

Tak jako jsem v sobě uzavřela kapitolu potratu, tak jsem ukončila i kontakt s XY.

Kontaktovala jsem ho pouze v den, kdy jsem šla na první návštěvu do nemocnice. Dostalo se mi jen stručné odpovědi, že jsem rozumná a ať vše dopadne bez problémů. Pak už se sám neozval, ani aby se zeptal, jak to proběhlo a jestli jsem v pořádku.

To byl další utvrzující faktor, že dělám správnou věc.

Svěřila ses potom o interrupci ještě někomu jinému?

Poměrně **nedávno jsem to řekla svému nynějšímu partnerovi**. Chtěla jsem, aby to věděl, a taky jsem chtěla znát jeho postoj k nechtěnému těhotenství. **Nikomu jinému jsem to neřekla**. Nepřijde mi to téma vhodné ke konverzaci, ještě ke všemu když jsou na to ve společnosti tak rozdílné názory. Tohle je moje soukromá věc.

Jaký je tvůj pohled zpětně na interrupci? Máš pocit, že tě interrupce nějakým způsobem ovlivnila, například v navazování dalších partnerských vztahů nebo v sexuálním životě?

Vzhledem k tomu, že u mě vše proběhlo bez komplikací tak se můj názor na interrupci se ani teď nezměnil. **Jsem ráda, že žiju ve státě, kde si můžu svobodně vybrat. A nelituji svého rozhodnutí. Ale upřímně znovu už bych to podstoupit nechtěla. Přece jenom je to zásah nejen do organismu, ale i do psychiky ženy. Člověk musí být jednoznačně rozhodnutý, že to co dělá, je tak správně. Musí zvážit všechny možnosti, protože už se to nedá jinak vrátit zpět. A já si nedovedu představit, že žiju teď se svým svědomím v případě, že jsem byla jen na sebemenších pochybách.**

Možná to bude znít zvláště, ale myslím si, že mě to **ovlivnilo v pozitivním směru. Jsem teď ve směru sexuálního a partnerského života mnohem opatrnější a přemýšlím víc do budoucnosti, než abych se nechala pouze unést kouzlem okamžiku.**

Nového partnera jsem si našla asi čtvrt roku po interrupci. Byla jsem ohledně výběru už mnohem obezřetnější a asi jsem podvědomě hledala muže, se kterým bych si dokázala představit mít dítě. Zajímala jsem se o jeho názor na rodinu a děti. Časem jsem se mu svěřila i o potratu, vysvětlila svoje důvody a to, že další bych už nepodstoupila. Všechno pochopil a jeho názory na tuto problematiku se shodují s mými.

Organizace výzkumu

S Radkou se uskutečnily dvě schůzky. První rozhovor se konal u Radky doma. Zvolila jsem toto prostředí z toho důvodu, abychom měly co největší soukromí a nikdo nás nerušil. Setkání trvalo kolem 2 hodin, při kterých se mi Radka svěřila se svým příběhem a neměla

problém s odpovědí na žádnou z mých otázek. Celý rozhovor se nesel v přátelském duchu. Hladký průběh rozhovoru samozřejmě připisuji našemu blízkému přátelství a velice si vážím důvěry, kterou do mě Radka vložila.

Interpretace a shrnutí

Byla jsem jedna z mála, které se Radka svěřila ohledně rozhodnutí podstoupit interrupci. Překvapilo mě to, protože i když Radka působí poměrně flegmatickým dojmem, má ve skutečnosti velmi jasně stanovený žebříček hodnot a rodina je na nejvyšší příčce. V tu dobu ale byla na tolik o interrupci přesvědčena, že jiná možnost pro ni nebyla schůdná.

Radka působila během rozhovoru naprosto vyrovnaně a bez jakýchkoliv emočních problémů. Bylo vidět, že je svým rozhodnutím naprosto smířená a pokračuje ve svém životě bez zpětného ohlížení a pochybností. Z rozhovoru jsem pochopila, že stoprocentní přesvědčení o jejím rozhodnutí jí usnadnilo se psychicky vyrovnat s umělým ukončením těhotenství a do dalšího života si nenese žádné psychické následky. Nečiní ji problém navazovat nové partnerské vztahy a v oblasti sexu se cítí pohodlně i po interrupci.

Její důvody byly zcela jasné. Nedostatečné ekonomické podmínky pro výchovu dvou dětí, špatný výběr partnera, který neprojevil žádnou podporu, spolu s vnitřním přesvědčením byly v té době faktory, které pro Radku mohla vyřešit pouze interrupce. Svého rozhodnutí ani s odstupem času nelituje nebo nezpochybňuje. Dívá se na tuto událost jako na životní lekci, ze které čerpá zkušenosti.

V určitých momentech jsem však měla pocit, že Radka přikládala velkou pozornost názoru ostatních lidí. Z Radčina vyprávění jsem cítila velký strach z odsouzení společností. To byla příčina toho, proč se s interrupcí nechtěla nikomu svěřit a vše podstupovala sama.

Dnes je Radka šťastná, svého syna vychovává spolu s novým partnerem a možnost dalšího dítěte rozhodně nezavrhuje. Vzkazuje všem ženám a dívkám, které se vyskytly ve stejné situaci, aby si své rozhodnutí opravdu dobře promyslely a daly i na svůj vnitřní pocit, nejenom na sociální situaci, věk a partnera. V budoucnu by jim tato jistota ohledně jejich rozhodnutí mohla ulehčit rekonvalescenci a návrat do jejich normálního života.

Rozhovor č.2- slečna Markéta

Anamnéza

Markéta je dvaadvacetiletá slečna, se kterou se znám již delší dobu. Studuje vysokou školu a věnuje se vrcholově sportu. Problém nechtěného těhotenství musela řešit v 17 letech, v té době studovala na gymnáziu a žila s rodiči. Chodila rok se svým stejně starým přítelem, se kterým neplánovaně otěhotněla. „Byl to pro nás pro oba obrovský šok. Oba jsme byli mladí, chyběl nám jeden rok do maturity a chtěli jít studovat vysokou školu do zahraničí.“ popisuje Markéta.

Markéta měla již od menarche nepravidelný cyklus. Příčinou byla velká fyzická zátěž a nízké procento tuku v těle, jelikož od dětství závodně sportovala. Nepravidelný cyklus byl i důvod, proč Markéta nevěnovala velkou pozornost tomu, když se v době otěhotnění nedostavilo menstruační krvácení. Těhotenství odhalila, až když byla v šestém týdnu těhotenství a o pár dní později podstoupila miniinterrupci.

Období před interrupcí

Markéta vyrůstala v domácnosti s oběma rodiči jako jedináček. „Moje dětství i puberta byly báječné období. Mám skvělé rodiče, kteří mi věnovali veškerou pozornost, a nikdy nedošlo k žádným neshodám. Já byla prototyp vzorné dcery. Byla jsem dobrá studentka se spoustou koníčků a pubertou jsem prošla hladce. Nikdy jsem se ani moc nezajímala o kluky. Veškerý volný čas jsem trávila na trénincích nebo učení.“ říká Markéta.

„Honza byl můj první kluk. Potkali jsme se díky sportu. Byl spíš takový vztah na dálku, on bydlel v jiném městě a vídali jsme se převážně jen o víkendech nebo na závodech. Ale i tak jsem byla šíleně zamilovaná. Plánovali jsme, jak společně odjedeme po maturitě studovat do Německa.“ dodává Markéta

Jak a kdy jsi zjistila, že jsi těhotná?

Bylo to po půl roce vztahu. On byl můj první kluk a v tu dobu jsme spolu spali jen krátce, měli jsme prakticky nulovou zkušenost.

Zjistila jsem to díky tomu, že mi bylo 14 dní v kuse hrozně zle. Každé ráno jsem zvracela a přes den jsem měla žaludek jak na vodě. Ale prvotní myšlenka nebyla ta, že jsem těhotná. Spíš jsem si myslela, že je to ze stresu ve škole a taky byla závodní sezóna. Nemohla jsem

se ani orientovat dle menstruace, protože tu jsem měla v té době pokaždé jinak. Občas byl i měsíc, kdy jsem to nedostala vůbec. Takže to že jsem nedostala menstruaci, pro mě nebyl žádný ukazatel těhotenství. Ještě ke všemu jsem měla sex jen párkrát a vždycky jsme použili kondom.

Kamarádce ve škole pak přišlo divné, že mi je pořád tak zle a dělala si ze mě legraci, že jsem určitě v tom. Jednoho dne pak přinesla ke mně domů dokonce těhotenský test, abych si ho mohla udělat. Přišlo mi to jako hloupost, ale chtěla jsem, aby o tom už nemluvila, tak jsem si ho udělala. No, a on byl pozitivní.

Jaká byla tvá reakce na těhotenství?

Začala jsem brečet a křičet, že to přece nemůže být pravda a že mě naši zabijí. V balení toho testu byl ještě jeden papírek, tak jsem si ihned udělala i ten. Když i na něm byly dva proužky, tak se můj pláč rozvinul v hysterický záchvat. Kamarádka se mě snažila uklidnit, ale vůbec to nešlo. Pořád dokola jsem opakovala, že musím jít na interrupci a že se to nesmí dozvědět naši ani nikdo ve škole. **Největší strach jsem v tu chvíli měla opravdu z rodičů a z toho, jak to řeknu Honzovi. Hlavou mi běželo jen to, že žádné dítě nechci a že musím jít na potrat.** Zároveň jsem v myšlenkách dávala veškerou vinu Honzovi, že nebyl opatrnější a brala samu sebe jako oběť.

Jak na to reagovali rodiče a přítel?

Já to našim samozřejmě říct nechtěla, ale zároveň jsem vůbec nevěděla, jak to situaci řešit sama a potřebovala jsem jejich pomoc. Věděla jsem, že i když je to velký problém, tak mi pomůžou, takže jsem jim to ještě ten den večer řekla.

Nejprve oba reagovali křikem a říkali mi, jak jsme oba s Honzou nezodpovědní. Ale po pár minutách jim došlo, že tímto způsobem se situace nevyřeší a uklidnili se. Zajímalo je, jak bych si to do budoucna představovala a jestli už jsem byla na gynekologii si vše potvrdit. **Když jsem jim řekla, že dítě nechci a že bych ráda šla na potrat, tak bylo vidět, že jsou za moje rozhodnutí rádi, ale zároveň chtěli, abych si to ještě nechala projít hlavou a rozmyslela si to společně s Honzou. Bylo mi jasné, že mě podpoří, ať už se rozhodnu jakkoliv.**

Honzovi jsem zavolala druhý den ráno, přišlo mi rozumnější si to nechat přes noc uležet. Ale i tak jsem měla v hlavě jen myšlenku, že to dítě nechci a že chci dál žít svůj život, jak

jsem si to naplánovala. Tak jsem to řekla i Honzovi. Skoro vůbec nic neříkal, **byl zaskočený, ale potom z hlasu bylo poznat, že si hrozně oddechl, že jsem se tak rozhodla. Říkal, že jsme hrozně mladí a že máme spoustu plánů, které si nikdy nemůžeme splnit, pokud bych si to dítě chtěla nechat. Já s ním souhlasila. Řekl, že za mnou přijede a klidně se mnou půjde k doktorovi. Já ale chtěla tohle podstoupit bez něj, chtěla jsem tam jít jen s mamkou.** Přišlo mi to před ním hrozně trapné. Musím ale říct, že se mi takhle zpětně líbí, jak se k tomu postavil. **Myslím, že málokterý 17letý kluk, by tohle chtěl podstupovat po boku své holky. Toho si cením.**

Ty jsi šla ke gynekologovi tedy naprosto rozhodnutá o interrupci? Jak ses cítila?

Dá se říci, že šla, protože myšlenka na to, že bych měla být v sedmnácti letech máma, ve mně vzbuzovala paniku. **Nedokázala jsem si představit ani mě nebo Honzu v roli rodičů. Na to jsem se sama cítila ještě jako dítě. I myšlenka na to že bych musela tak rychle dospět a veškeré svoje plány překopat od základu pro mě byla neúnosná.** Vzpomínám si, jak po každé když jsem v televizi viděla nebo někde četla o náctiletých matkách, byla jsem hrozně šťastná, že nejsem v jejich situaci. Nedokázala jsem se do jejich pocitu ani vžít. A tehdy jsem stála před stejným problémem a věděla, že rozhodně nejsem na tolik silná jako ony a musím jít na interrupci. **Možná to někdo bere jako sobecký čin, ale já v tu chvíli věděla, že tohle je pro mě jediné řešení.**

Takže když mi paní gynekoložka potvrdila, že jsem těhotná, tak jsem prakticky neváhala a řekla jí, že chci jít na potrat. Byla tam se mnou mamka, která mi pomohla to paní doktorce i všechno vysvětlit. Ona to přijala jako samozřejmost, řekla, že mé rozhodnutí chápe a akceptuje. Měla jsem z ní hrozně dobrý pocit, spolu se sestřičkou mi vysvětlili, že se z ničeho nemám obviňovat, že se takové věci stávají a že budu mít ještě spoustu času na to, abych se připravila na roli matky.

Na kontrole jsem se dozvěděla, že stáří těhotenství odpovídá 6 nebo 7 týdnů, to už si přesně nevzpomínám. A bylo mi řečeno, že budu muset do nemocnice na miniinterrupci. Paní doktorka mi vysvětlila, o jaký zákrok se jedná a že se nemusím ničeho bát. Opravdu vše popsala tak jednoduše, že jsem z ordinace odcházela naprosto klidná a vyrovnaná se svojí situací.

Obviňovala ses z celé události?

Z počátku jsem to kladla za vinu hlavně Honzovi, byl totiž v sexu zkušenější a měla jsem

pocit, že by na to všechno měl dohlédnout. **Později jsem ale obviňovala především sebe, že jsem si měla všechno lépe kontrolovat. Ted' už ale vím, že to nebyla ničí vina, protože jsme použili ochranu, která bohužel někdy selže.** Věděla jsem, že tohle se stalo už i jiným lidem a že není důvod na někoho ukazovat prstem a vinit ho za to.

Zapojoval se přítel nějakým způsobem?

S Honzou jsme si prakticky pořád telefonovali. **Bylo vidět, že má strach a že ho trápí, že mi nemůže nijak pomoci. Ale já ho do toho opravdu nechtěla dál zatahovat. Vyhovovali mi, že u toho není přítomen. Taky jsem ho poprosila, aby to nikomu neříkal. Mám pocit, že to řekl pouze své mamce, která mě potom kontaktovala a ptala se, zda nepotřebuji nějakou pomoc.** Což bylo milé, ale já to chtěla všechno vyřešit co nejdiskrétněji a pouze za doprovodu mamky, která mi byla velkou oporou.

Mohla bys prosím shrnout svoje důvody pro interrupci?

Určitě mohla. Jako důvod bych uvedla **věk a psychickou nevyzrálost na to stát se matkou.** Takhle zpětně byl ten důvod i trošku moje sobeckost a touha naplnit všechny sny a cíle, které jsem si stanovila, protože jsem měla zázemí i finanční podporu rodiny, která by mi se vším pomohla.

Možná ale asi největší důvod pro mě bylo i to, že jsem si nedokázala představit, jak bych to řekla kamarádkám, ve škole nebo trenérovi. Hrozně jsem se bála odsouzení, nepochopení a pomluv z jejich strany, kdybych se rozhodla si to dítě nechat. Protože všichni víme, že dnešní společnost se mladé mámy kouká trochu s despektem.

Chtěla jsem jednoduše žít jako každá nácitiletá, jít na vysokou a řešit problémy, které by holka v mém věku měla řešit. To že se zabývám plenkami a kojením pro mě bylo nepředstavitelné.

Ty se koukáš na mladé nebo nácitileté nějak jinak než na starší maminky?

Ted' už ne, i protože jsem si prošla tou situací, ale v té době určitě ano. Už jenom to, že se o mladých matkách točí speciální televizní pořady a ukazují je jako něco speciálního, z nich dělá terč posměchu nebo odsouzení. I já to v té době vnímala těhotenství nácitiletých holek jako znak určitého selhání, promiskuity a něco, co se vyskytuje především v sociálně slabých vrstvách společnosti. A já hrozně nechtěla být takto zaškatulkovaná a uvězněná v té roli nácitileté matky, která se s tebou nese ještě dlouho potom.

Dnes už to samozřejmě vnímám úplně jinak. Víím, že se to může stát každému a naopak obdivuji mladé holky, které mají takovou kuráž a dítě si nechají.

Jiné řešení jako například adopce tě nenapadly nebo ti nebyly nabídnuty?

Paní doktorka se zmiňovala o adopci, ale **to jsem hned zamítla**. Neřešilo by to můj strach z toho říct ostatním, že jsem těhotná a taky jsem si nedokázala představit, že **bych po 9 měsících a porodu dokázala miminko dát někomu jinému**. Tím pádem jsem s touto variantou vůbec nepočítala.

Období bezprostředně před a po interrupci

Můžeš popsat, jak pro tebe interrupce probíhala? Jak se cítila?

Musím přiznat, že to mám všechno v mlze, možná že je se můj mozek jen snaží vytěsnit špatné vzpomínky. Takže přesný postup si úplně nepamatuji, jen víím, že to všechno proběhlo hrozně rychle. Ráno jsem přišla do nemocnice a někdy během dopoledne jsem šla na operační sál. Všichni se ke mně chovali hezky, asi už byli na takové případy zvyklí. Odpoledne přišel pan doktor, aby se zeptal, jestli je všechno v pořádku. A vzhledem k tomu, že mi nebylo vůbec nic, jen mě malinko bolelo břicho, tak jsem mohla ještě ten den jít domů. Ještě si pamatuju, že se mnou na pokoji byla jedna paní, mohlo jí být kolem 40 let. Vybavuji si, jak jsem se **hrozně bála, že se mně bude chtít zeptat, proč jsem tady. Regulérně jsem měla vymyšlenou lež, abych ji hlavně nemusela vyprávět, že jdu na potrat. Styděla jsem se za to.**

I přesto že průběh nemám úplně uložený v paměti, tak nikdy nezapomenu pocity, které jsem měla ten den. Noc předtím jsem vůbec nemohla spát, pořád jsem se budila, a když už jsem na chvílku usnula, zdály se mi příšerné sny. Hrozně jsem chtěla, aby už bylo ráno a my mohli odjet do nemocnice. **Věděla jsem, že jakmile to budu mít za sebou, tak bude všechno zase tak, jak má být. Neměla jsem strach ze samotného zákroku, to vůbec ne. Bála jsem pohledů ostatních lidí a toho, jak se ke mně budou chovat v nemocnici. Byla jsem hrozně nedočkavá, upínala jsem se na myšlenku, že za chvílku už bude konec.** Doslova jsem odpočítávala každou hodinu.

Musím přiznat, že jsem vůbec nemyslela na to, jestli je ve mně něco živého. Vsugerovávala jsem si, že jdu na normální operaci, která mi může dokonce zachránit život. Opravdu to tak bylo, myslela jsem si totiž, že jinak by můj život skončil, alespoň tak, jak

jsem ho znala. To oprostění od reality mi hodně pomohla, abych se tolik nebála.

Po potratu jsem si přišla trochu apatická, ale to asi bylo tou narkózou. Všichni se mě doma ptali, jak se cítím a podobně, ale já moc mluvit nechtěla. Potřebovala jsem to všechno vstřebat. Honzovi jsem osobně zavolala až druhý den ráno. To už jsem se cítila dobře. Byla jsem uklidněná, že už je všechno za námi. **Všechna tíha zodpovědnosti za ten problém ze mě spadla a já cítila neuvěřitelnou vnitřní sílu pokračovat ve svých plánech, tak jak jsem chtěla.**

Měla jsi nějaké specifické potřeby po interrupci?

V prvních dnech jsem chtěla být hlavně sama a s nikým to dál neřešit. Naši i Honza měli tendenci být pořád se mnou a věnovat se mi. To pro mě ale bylo spíš protivné. Naštěstí to brzy pochopili a já se během asi dvou dnů začala normálně socializovat. Taky si pamatuju, že jsem měla potřebu číst si na internetu příběhy ostatních holek. To mi hodně pomohlo, ta myšlenka, že tohle opravdu podstupuje poměrně velké množství žen dnes a denně. Po dvou dnech prakticky jenom spánku, čtení si příběhů ostatních a utřídění si myšlenek, jsem byla zase opět ta samá Markéta. **I pocitově jsem necítila žádný rozdíl oproti mému životu před interrupcí. Jen jsem potřebovala mít pár dní , abych to mohla všechno vstřebat.**

Jaký byl tvůj vztah s partnerem po interrupci?

Vzhledem k tomu, že Honza k celému problému postavil jako chlap a byl mi oporou, tak mi přesvědčilo v tom, že s ním chci být i nadále. **Brala jsem to tak, že ten potrat je minulost a nemá cenu se tím dále zabývat a on měl stejný názor. Dá se říct, že se všechno vrátilo do starých kolejí.**

Jediný problém, který jsme překonávali poměrně dlouho, byl můj strach ze sexu. Bála jsem se, že se to může opakovat a asi 4 měsíce s tím bojovala. Vyřešilo se to až tím, když jsem začala brát hormonální antikoncepci, která mi byla paní doktorkou doporučena. Já totiž hormonální antikoncepci důvěřovala mnohem víc než kondomu, i díky tomu, že to jsem byla já, kdo zodpovídal za její správné užívání a mohla mít situaci víc pod kontrolou.

Následovala tedy po interrupci poradna ohledně antikoncepce?

Já šla po šestinedělí na kontrolu a tam to se mnou paní doktorka a sestřička probíraly. **Já se jim svěřila s mým strachem z dalšího selhání kondomu a chtěla jsem poradit. Nabídli**

mi jako nejlepší variantu právě hormonální antikoncepci vzhledem k mému věku a taky mi to mělo pomoci upravit menstruaci. A měli pravdu, pomohlo mi to jak se strachem ze sexu, tak i s menstruačním cyklem.

Období po interrupci

Jak ses s odstupem času po miniinterrupci cítila?

Cítila jsem se dobře, všechno bylo tak, jak jsem chtěla. Normálně jsem pokračovala ve studiu a i v trénincích. S Honzou jsme se měli rádi a bylo nám fajn. Pořád jsme měli velké plány do budoucna. **Byla jsem pořád něčím zaměstnaná, takže jsem ani neměla čas přemýšlet nad tím, co se stalo. A když jsem si na to vzpomněla, tak to bylo vlastně v pozitivním smyslu. Myslím tím to, že jsem byla vděčná za to, jak jsem se rozhodla. A že díky tomu můžu dělat to, co jsem si vždycky přála. Já vím, že to možná zní hrozně, když řeknu, že jsem byla vděčná za potrat, ale ono to tak opravdu bylo.**

Taky jsem se cítila hrozně dospělá najednou. Měla jsem pocit, že ta náctiletá holka ve mně už není. Přemýšlela jsem mnohem víc zodpovědně a vypočítávala, jaké dopady můžou moje rozhodnutí mít.

Svěřila ses tím po čase ještě někomu jinému?

Asi za rok jsem to řekla svým třem blízkým kamarádkám, jedna z nich jsi ty. **Už mi totiž v té době nepřišlo, že je důvod se za to stydět a s celou situací už jsem byla natolik srovnaná, že jsem byla i vůči odsouzení a předsudkům ohledně potratu imunní.** Byla to minulost a já věděla, že vy dvě mě pochopíte. Byl to hrozně osvobozující pocit, to někomu dalšímu říct. Už jsem se taky nemusela bát, že se omylem někde prořeknu.

Díky tomu, že jsem se vám mohla svěřit, mě pak už bylo jedno, jestli se tato informace dostane i k ostatním lidem. Byla jsem s tím faktem tak sžitá, že mi ani dotazy ostatních nemohly nijak negativně překvapit. Taky jsem si myslela, že mám možná kolem sebe někoho, kdo to taky prožil a že informace o mém potratu mu pomůže si uvědomit, že to v tom není sám. Ale nikdy jsem žádnou zpětnou vazbu nedostala.

Od miniinterrupce uběhly skoro tři roky, změnil se za tu dobu tvůj názor na ni a na právo žen interrupci podstoupit?

Myslím si, že se maličko změnil společně s tím, jak jsem dospívala. Ale jsem si jistá, že je

to tím, že už mi prostě není sedmnáct a vím, že všechno není tak, jak si člověk naplánuje. **Už se nedívám na ženy, které podstoupili interrupci jako na někoho, kdo určitým způsobem selhal, ať už ve smyslu antikoncepce nebo role matky. Protože vím, že někdy je interrupce “nutným zlem“, které žena musí podstoupit,** aby mohla mít čas na to plně dozrát a dostala šanci zformovat svůj život, tak jak si přeje. Jsem rozhodně pro to, aby ženy měly právo rozhodnout o tom, zda chtějí nebo nechtějí být matkou. Jen si myslím, že by to mělo být ohraničeno počtem, kolikrát interrupci může žena podstoupit. **Myslím si, že pokud žena podstoupí interrupci více než dvakrát v životě, tak už je to ukázka její hlouposti a nezodpovědnosti. Je nutné, aby se interrupce nebrala jako forma antikoncepce.** Takže ano, jsem rozhodně pro právo ženy na interrupci, ale nesmí se z toho stát rutina.

Kdybych si měla vybrat, jestli podstoupím potrat znovu, tak pouze v případě, že bych se vyskytla ve stejné situaci jako před třemi roky. Tím myslím, že bych byla nevypělá, náctiletá, s nedokončenou střední školou a se stejně starým přítelem jako jsem byla já. Ale nyní, kdy už jsem starší a soběstačná, tak bych si dítě nechala. Hlavně bych nyní zvažovala i zdravotní rizika, které může potrat přinést do budoucnosti, a které jsem v 17 letech vůbec nebrala vážně.

Organizace výzkumu

S Markétou jsme kamarádky již od dětství. Díky této skutečnosti probíhaly rozhovory v přátelském duchu a Markéta neměla problém se svým příběhem svěřit. Bohužel nebydlíme ve stejném městě a tak došlo pouze k jednomu osobnímu setkání u mě doma a pro doplnění otázek jsme se Markétou poté dvakrát spojily pomocí videohovoru. Tuto formu spojení hodnotím velice kladně, jelikož Markéta na mě působila ještě otevřenějším dojmem než při osobním setkání.

Interpretace a shrnutí

Když Markéta souhlasila, že bude respondentkou do mé bakalářské práce, měla jsem vůči našemu rozhovoru respekt, protože jsem měla pocit, že je to pro ni i po delší uplynulé době od interrupce stále velmi citlivé téma. Nechtěla jsem Markétu přivádět do pro ni nepříjemných a velice emotivních situací. Ale opak se stal pravdou. Markéta byla po celou dobu všech našich rozhovorů naprosto klidná a bylo na ní vidět, že ji už nedělá problém o své interrupci mluvit.

Markéta podstoupila miniinterrupci ještě v době, kdy chodila na střední školu. Necítila se dostatečně připravená a vyzralá, měla plány do budoucna, které se v tu chvíli neslučovali s rolí matky a partnera, který byl také ještě na střední škole. Ze strany rodičů i přítele měla podporu, ať už její volba bude si dítě nechat nebo zda si vybere interrupci, ale i přesto se oběma stranám zdála interrupce jako lepší řešení jejich situace. Finální rozhodnutí bylo na Markétě, která byla přesvědčená o interrupci jako správné volbě.

Markétiny pocity ohledně miniinterrupce byly smíšené. Bála se především odsouzení ostatních, vnímala interrupci jako vlastní selhání, ale zároveň se těšila na moment, kdy bude vše za ní a ona bude moci pokračovat ve svých plánech do budoucna.

Nechtěné otěhotnění a interrupce Markétu do budoucího života poznamenaly strachem ze sexu a opětovného selhání antikoncepce, který přetrvával více jak čtvrt roku. Tento strach překonala díky partnerovi a správně zvolenou hormonální antikoncepcí, která Markétě dodávala dostatečný pocit ochrany.

Ani zpětně ale svého rozhodnutí nelituje, přijde ji rozumné a za stejných okolností, by interrupci podstoupila opět. Její obecný názor umělé přerušování těhotenství se ale však po třech letech mírně zformoval. Má pocit, že právo žen na rozhodnutí, zda chtějí podstoupit interrupci nebo se stát matkou by mělo mít své místo v každé moderní společnosti. Ženy by ale neměly brát tento výkon lehkovážně nebo dokonce jako jeden ze způsobů antikoncepce.

Dnes Markéta úspěšně studuje vysokou školu, její vztah s partnerem se ani po umělém ukončení těhotenství nezměnil, ba naopak utvrdil a v budoucnosti společně plánují založit rodinu.

11 DISKUZE

Nechtěné těhotenství je stále ožehavé téma, a jelikož se v současné době plánování rodiny odkládá do vyššího věku ženy, tak se tato problematika netýká pouze jen mladých nebo nezletilých dívek. S touto životní nesnází se setkávají ženy v jakékoli fázi reprodukčního věku. Tento problém nezatěžuje pouze ženy samotné, ale má dopad na partnery, celé rodiny, ale také zdravotnický personál na gynekologických oddělení, jenž denně pracuje s ženami, které se svou situací rozhodli řešit.

Společnost má rozdílné názory ohledně řešení nechtěného těhotenství, já jsem však svou práci nechtěla stavět ani jednom z těchto přesvědčení, jelikož si myslím, že za finálním aktem, jak ženy tuto situaci řeší, je celá řada faktorů, které je nutné brát v potaz a nelze tak ženy dle jejich rozhodnutí kategorizovat.

Svou práci jsem chtěla vytvořit souhrn informací o této problematice a zároveň zprostředkovat pocity a názory žen, které se rozhodli své nechtěné těhotenství ukončit interrupcí.

Hledání respondentek do výzkumné části pro mě nebylo zase tak obtížné, jelikož mám ve svém kruhu známých ženy, o kterých jsem věděla, že interrupci v minulosti podstoupily. To mi ukázalo, že umělé ukončení těhotenství se v naší společnosti běžně vyskytuje napříč všemi sociálními vrstvami. Zároveň je toto téma pro ženy velmi citlivé a je komplikované vést na toto téma rozhovor. Obě ženy se mi svěřily, že s neznámým výzkumníkem by konverzaci ohledně tak osobní sféry jejich života nevedly nebo by při nejmenším nebyly tak otevřené. Jsem tím pádem velice vděčná nejen za samostatné poskytnutí rozhovoru, ale především za vstřícnost odpovídat i na otázky velmi choulostivého charakteru. Doufám, že se mi díky nim podařilo splnit můj hlavní cíl – zachytit pocity a názory žen po interrupci.

V následující tabulce srovnávám odpovědi žen na hlavní otázky mého výzkumu.

Tabulka č.1: Srovnání případů

	Paní Radka	Slečna Markéta
Reakce respondentky, partnera, rodiny a okolí na těhotenství	<ul style="list-style-type: none"> - Negativní reakce na těhotenství jak ze strany respondentky, tak i partnera. - Partner neukázal žádnou podporu v této situaci. - Nechtěla se svěřovat nikomu jinému. 	<ul style="list-style-type: none"> - Negativní reakce ze strany respondentky, strach z rodičů a budoucnosti - Reakce rodičů poměrně kladná, byli ochotni pomoci v jakémkoliv případě - Partnerova reakce byla podobná reakci respondentky, ale snažil se podpořit a pomoci
Důvody pro interrupci	<ul style="list-style-type: none"> - Neschopnost zajistit dítě po finanční i rodinné stránce - Neperspektivní vztah s otcem dítěte - Nenavázání vztahu s těhotenstvím a plodem 	<ul style="list-style-type: none"> - Nízký věk respondentky i otce dítěte - Psychická nevyzrálost na roli matky - Strach z názoru okolí na její těhotenství
Pocity bezprostředně před a po interrupci	<ul style="list-style-type: none"> - Strach z odsouzení okolím - Bez pocitu viny či pochyb o rozhodnutí - Strach ze zákroku a selhání metody interrupce - Snaha udržet vše v tajnosti 	<ul style="list-style-type: none"> - Obavy z odsouzení společností - Stud za nedostatečnou zodpovědnost - Snaha o udržení interrupce v tajnosti - Pocity správného rozhodnutí pro svůj

		budoucí život
Změny spojené s interrupcí z dlouhodobého hlediska	<ul style="list-style-type: none"> - Bez psychických následků do budoucnosti - Pocit většího uvědomění si svých činů a jejich následků do budoucnosti 	<ul style="list-style-type: none"> - Strach z pohlavního styku a opětovného selhání antikoncepce - Upevnění vztahu s partnerem - Pocit dospělejšího přístupu k problémům

Mým prvním dílčím cílem bylo objasnit důvody, proč ženy interrupci podstoupily. Obě ženy vedly k rozhodnutí pro interrupci rozdílné příčiny. Kniha Proč pláčeš, Miriam (2000) dokazuje, že osudy žen, které se pro interrupci rozhodly, jsou rozdílné. „*Jsou jimi vzdělané ženy, které hledají informace o tom, jak uměly potrat „vypadá“, ale také mladé studentky, které zůstaly opuštěné od starších partnerů a nenašly oporu u svých rodičů, až po bezdomovkyně, které nemají vyřešeny základní životní potřeby.*“

Radku k tomuto vyústění situace vedl především špatný výběr partnera, se kterým si nedokázala představit založení rodiny a společný život. Partner sám se k Radčině těhotenství stavěl odmítavě a nejevil sebemenší podporu. Ani ekonomické zázemí nebylo v té době příznivé pro výchovu druhého dítěte a pro Radku, jakožto samoživitelku, by nebyla tato finanční zátěž únosná. Tyto dva hlavní důvody podpořila i Radky odtažitost ohledně tohoto těhotenství a dítěte. Těhotenství si prakticky nepřipouštěla, smýšlela pragmaticky a fakt, že nedošlo k žádnému vnitřnímu napojení na plod, byl pro Radku velmi důležitý a rozhodující důvod, proč interrupci podstoupit. I jednoduchost interrupce pomocí potratové pilulky, kdy Radka věděla, že nemusí podstoupit žádný chirurgický zákrok, zjednodušilo její rozhodování. Zde vidím problém farmakologické interrupce. Její snadný postup a průběh může v ženách budit pocit, že nechtěné těhotenství je jako nemoc, stačí spolknout tabletku a situace je vyřešena. Z toho důvodu poté žena opomíná důležitost pečlivého rozhodnutí, které je v tomto případě nezvratné.

Oproti tomu Markétu vedly k umělému ukončení těhotenství jiné důvody. Jelikož otěhotněla ještě na střední škole, tak zde hrál roli především nízký věk a psychická nepřipravenost na to stát se matkou. Její cílevědomost a velké plány do budoucna se neslučovali s mateřstvím. Měla pocit, že nedokáže a ani nechce vychovávat dítě v tak

mladém věku společně se stejně starým partnerem. Další důvod, se kterým Markéta svěřila, byl strach z reakce okolí, pokud si Markéta dítě nechala. Bylo jasné, že dnes už Markéta na tento důvod dívá jinak a nenechala by se tak snadno nechat zastrašit tím, co si o jejich rozhodnutí myslí ostatní. Ale pro ni to v té době, jakožto náctiletou středoškolačku, hrálo velký význam.

Úkolem druhé výzkumné otázky bylo zjistit, jaké byly reakce partnera a rodiny na respondentčino těhotenství a následné rozhodnutí podstoupit interrupci. Radka ve své výpovědi uvádí, že zpočátku neměla v plánu to otci dítěte vůbec říkat. Měla pocit, že jelikož spolu udržují vztah pouze sexuálního charakteru a nejedná se o žádnou vážnou známost, tak se rozhodnutí ohledně těhotenství či interrupce týká pouze jí samotné. Později si uvědomila, že tento přístup není správný a chtěla znát reakci a názor partnera. Odpověď, která se dostavila, Radka už dopředu značně tušila. Partner nejprve odmítal připustit, že by otcem dítěte mohl být on a poté s nadšením kvitoval Radky volbu pro umělé ukončení těhotenství. Radku jeho reakce nijak nepřekvapila, nebyla zklamaná, ba naopak to pro ni znamenalo usnadnění jejího dalšího rozhodování. „*Bývá to tak, že z otázky rozhodování o osudu těhotenství, na které nejsou ženy připraveny, muži vycouvají a chtějí nechat rozhodnutí na matkách počatých dětí. Tím jsou ovšem tyto ženy vrženy do slepé uličky, ve které zůstaly samy.*“ (Proč pláčeš, Miriam, 2000)

Markéta řešila v tomto případě především strach z rodičů a jejich reakce. Nevěděla, jak jim o těhotenství povědět, ale jelikož měla s rodiči vždy kladný vztah a zároveň netušila, jak by sama tuto situaci řešila, rozhodla se jim se vším svěřit. Prvotní reakce rodičů nebyla pro Markétu žádným překvapením. Byli naštvaní a překvapení. Později ale pochopili, že toto chování nikam nevede a rozhodli se Markétu vyslechnout. Dle Markétiných slov bylo vidět, že byli rádi, když jim oznámila, že chce těhotenství ukončit, ale i přesto ji doporučili, ať si vše rozmyslí společně s otcem dítěte. Ze strany rodičů se tedy Markétě dostalo plné podpory. Otec dítěte, v té době 17letý student, byl nejprve zaskočen a nevěděl jak reagovat. Poté co mu Markéta celou situaci s interrupcí vysvětlila, tak její rozhodnutí s pochopením přijal a byl rád, že to ona vidí stejně jako on. Měl pocit, že jsou moc mladí na to, aby se stali rodiči a zároveň se bál, že by jim Markétino těhotenství překazilo plány do budoucnosti. Chtěl však být Markétě na blízku a oporou při všech vyšetření. I když velice ocenila jeho snahu o pomoc, tak si celým procesem chtěla projít pouze za doprovodu maminky, jelikož měla před přítelem pocit studu. Nikomu jinému se Markéta nesevěřila. Bála se odsouzení a pohledů známých a spolužáků. Markéta se s celým příběhem svěřila svým kamarádkám až v průběhu několika let, kdy již byla se

vším srovnaná a sebejistá ohledně svého rozhodnutí.

U obou žen je shodné, že celou tuto situaci chtěli udržet co nejvíce v tajnosti. Bály se odsouzení a jak na ně bude pohlížet veřejnost. Cítily určité selhání a zklamání samy ze sebe a nechtěly, aby tento stav ještě podporovaly komentáře a dotazy okolí. I fakt, že se v dnešní společnosti řeší především neplodnost, neschopnost otěhotnět a spousta párů se o miminko snaží, mají poté ženy, které podstoupily umělé ukončení těhotenství, pocit, že je nedůstojné o tom se svými přáteli mluvit.

Za třetí cíl bylo stanoveno zjistit, jak se ženy cítily v době před interrupcí a po interrupci. Nejprve mě zajímalo bezprostřední časové období kolem interrupce a poté i jejich pocity a myšlenky s odstupem času od zákroku. Vzhledem k tomu že Radka byla o svém rozhodnutí podstoupit umělé ukončení těhotenství pevně přesvědčená a vnitřně srovnaná s celou situací, tak se převážně bála jen bolesti a celkové průběhu interrupce. Neměla žádné ambivalentní myšlenky ohledně své volby. Těšila se na moment, kdy toto období jejího života přejde a věděla, že je to pro ni ta správná cesta. Po aplikaci první dávky preparátu měla lehké pochybnosti o spolehlivosti metody, jelikož měla pocit, že průběh interrupce je až moc snadný. Nepocítovala téměř žádné bolesti a minimálně krvácela, kvůli tomu se dostavily pochyby, zda vše probíhá, tak jak by mělo. Po poslední kontrole a ujištění, že interrupce byla úspěšná, Radka pocítovala především úlevu. Byla ráda, že už má vše za sebou. Dostavil se pocit svobody, kdy mohla spokojeně pokračovat ve svém životě bez neustálých myšlenek na interrupci. Sama tvrdí, že byla opravdu šťastná, i když se jí tato slova zdají ve spojení s interrupcí zvláštní. Ani s odstupem času se u Radky nedostavily žádné komplikace či jiné pochybnosti. Tuto negativní zkušenost se snažila vytěsnit z mysli. Přijde jí zbytečné se zpětně zamýšlet nad něčím, co už je dnes minulost a jejíž výsledek nejde zvrátit. Za tímto obdobím se rozhodla udělat tlustou čáru, vzít si z celé situace ponaučení a interrupci vnímat jako hořkou školu života. Díky ní je teď obezřetnější v partnerském i sexuálním životě.

U druhé respondentky probíhalo období před i po interrupci jiným způsobem, kdy hlavní důvod mohl být především nižší věk. Markéta o interrupci byla přesvědčena jako o jediné možné volbě. Necítila se natolik silná stát se ve svých osmnácti letech matkou. I přesto, že byla pevně rozhodnuta, tak jí po celou dobu doprovázel pocit viny a selhání. Nejprve se snažila najít viníka ve svém partnerovi, který byl v sexuálním životě zkušenější a dle ní tak mě mít veškerou ochranu pod dohledem. Poté si ale celou situaci dávala sama sobě za vinu. Měla pocit selhání i z toho důvodu, že nedokázala být na tolik silná jako ostatní náctileté matky, které se rozhodly své dítě vychovat. V nemocnici pocítovala

především stud před ostatními pacientkami a personálem a snažila se důvod své hospitalizace udržet v tajnosti, aby se vyhnula dotazům a zpovědím. S negativními pocity a stresem se vyrovnávala snahou vsugerovat si, že podstupuje jinou gynekologickou operaci, než je miniinterrupce. Po zákroku Markéta čtvrt roku bojovala se strachem ze sexu. Neměla dostatečnou jistotu ochrany před těhotenstvím a obávala se, že by se daná situace mohla znovu opakovat. Strach překonala pomocí hormonální antikoncepce, která jí dodávala pocit kontroly a věřila jí mnohem více než například prezervativu. S uplynulou dobou od umělého ukončení těhotenství se Markéta cítila dobře, po překonání strachu z pohlavního styku se u ní již neobjevily žádné problémy spojené s interrupcí. Zaměstnala svoji mysl různými aktivitami, díky čemuž se nedostavily žádné pochyby a rozporuplné myšlenky, zda se neměla rozhodnout jinak. Stejně tak jako první respondentka má pocit, že tato událost ji změnila v pozitivním smyslu. Cítila vyspělejší a zodpovědnější za svoje činy.

Čtvrtá a zároveň poslední výzkumná otázka se týkala názoru ženy na interrupci. Zajímalo mě názor respondentek na tuto problematiku, a zda se po interrupci nějakým způsobem změnil. Obě dotazované měly na tuto otázku prakticky stejný názor. Obě byly rády, že žijí ve státě, kde žena může svobodně rozhodovat o svém těhotenství. Zároveň si jsou však vědomy, o jak velký zásah nejen do těla ale i psychiky se jedná. Názorově se shodují, že žena by interrupci neměla brát na lehkou váhu, nenakládat s touto možností jako s formou antikoncepce, ale považovat ji za nouzové východisko z její situace. Ani jedna z nich by dnes svého práva podstoupit interrupci již podruhé nevyužila.

Svůj výzkum jsem porovnávala s bakalářskou prací Kateřiny Dokulilové z roku 2015, jejíž výzkum se rovněž zaměřoval na ženy, které podstoupily interrupci. Výsledky jejího výzkumu jsou téměř totožné s mými. Z její práce také vyplývá, že důvody, proč ženy interrupci podstupují, jsou různé a nedají se paušalizovat, ale mezi hlavní příčiny jsme obě zařadily nízký věk, nepříznivá socioekonomická situace a nedostatečná podpora ze strany partnera či rodiny. Shodujeme se i v otázce práva ženy na interrupci, kdy její respondentky také plně souhlasí s právem svobodné volby. Reakce partnerů žen, s nimiž Kateřina Dokulilová pracovala, se také v mnoha faktorech slučují s mými výsledky. V některých případech partneři nevyvinuli žádnou snahu o pomoc nebo se naopak ženu snažili podpořit, ať už se rozhodla jakkoliv. Pocity žen po interrupci korelují s mými výsledky. Ženy se často snaží celou situaci zapomenout a nepřipouštět si smutek či pocit viny. Dle výzkumu (Proč pláčeš, Miriam, 2000) se v mnoha případech jedná o pseudopřízpůsobení, díky němuž jsou ženy schopny tyto ambivalentní pocity potlačit. (Dokulilová, 2015)

Výsledky tohoto výzkumu by měly zprostředkovat hlubší pohled na situaci žen, které stály před rozhodnutím ohledně ukončení svého těhotenství. V praxi je zásadní, aby se tyto ženy měly na koho obrátit s prosbou o pomoc či pouhou radu. Úlohou porodní asistentky je ženy upozornit na určitá rizika a úskalí, která sebou interrupce přináší a zároveň poskytnout veškeré informace i o dalších možnostech, pokud se žena rozhodne své nechtěné těhotenství ukončit jiným způsobem než je umělé ukončení těhotenství. Porodní asistentka by se měla v této problematice angažovat, jelikož právě ona je podporou ženy v jejím rozhodování.

Sebereflexe

Jsem si vědoma nedokonalostí, které se v mém výzkumu nacházejí.

Za hlavní příčinu považuji především velmi emočně náročné téma, o kterém ženy nerady mluví, i přesto že jsem si v obou případech, byla s dotazovanými blízká. I to je důvod, proč jsem pro svůj výzkum vybrala pouze dvě respondentky, jelikož je velmi složité najít ve společnosti ženy, které by na toto téma chtěly vést rozhovor, o to více s neznámou osobou.

Literatura a zdroje jsou na toto téma poměrně dostupné, avšak převážná většina je zaměřena především na antikoncepční metody a psychologii žen po spontánním potratu, kdežto problematika interrupcí zůstává upozaděna.

Zpracování výzkumu pro mě bylo velice zajímavé a přínosné. Poskytlo mi to nové informace díky teoretické části a především hlubší pohled, pochopení a zajímavé životní příběhy pomocí praktické strany bakalářské práce.

Závěr

Tato bakalářská práce je zaměřena na téma nechtěného těhotenství. Je rozdělena do dvou částí, a to teoretické a praktické. Teoretická část je uvedena kapitolou o donošeném nechtěném těhotenství a snaží se nastínit možnosti, které ženy mají, pokud se rozhodnou své neplánované těhotenství řešit jinak než interrupcí. Další kapitola se zabývá samotnou otázkou interrupce. Na úvod popisuje rozdíl mezi interrupcí a potratem, aby nedocházelo k jejich záměně. Dále se zabývá kritérii, která žena musí splňovat, aby mohla podstoupit umělé ukončení těhotenství, a samozřejmě shrnuje metody interrupce. V neposlední řadě tato kapitola zdůrazňuje také rizika, které s sebou interrupce přináší. Není opomenuta ani mravní stránka této problematiky. Třetí kapitola se snaží obsáhnout všechny možnosti antikoncepce, které jsou v dnešní době dostupné. Tato kapitola je důležitá především z toho důvodu, že antikoncepce je jediná možná prevence před vznikem nechtěného těhotenství a edukace ohledně správného výběru a užívání by měla být součástí práce porodní asistentky. Poslední kapitola teoretické části je směřována přímo na úlohu porodní asistentky v této problematice, která se tímto rozporuplným tématem bude denně setkávat a její práce je zde velmi důležitá.

Praktická část je tvořena dvěma rozhovory s ženami, které podstoupily umělé ukončení těhotenství. Za hlavní cíl jsem si stanovila zjistit pocity a názory těchto žen vůči interrupci.

Po zhodnocení rozhovorů jsem usoudila, že ani jedna žena, není tímto zážitkem nikterak významně postihnuta do dalšího života. V obou případech se potvrdilo, že je důležité, aby dnešní společnost zaujala rozdílný pohled na věc a ženy začaly o interrupci otevřeně mluvit bez strachu či studu. Výsledky tohoto výzkumu by měly zprostředkovat hlubší pohled na situaci žen, které stály před rozhodnutím ohledně ukončení svého těhotenství. V praxi je zásadní, aby se tyto ženy měly na koho obrátit s prosbou o pomoc či pouhou radu. Porodní asistentky by měly ženy upozornit na určitá rizika a úskalí, která sebou interrupce přináší a zároveň poskytl veškeré informace i o dalších možnostech, pokud se žena rozhodne své nechtěné těhotenství ukončit jiným způsobem než je umělé ukončení těhotenství. Porodní asistentka by měla znát organizace ve svém okolí, které ženě dokáží v nesnadných okamžicích nabídnout pomocnou ruku.

Jsem si vědoma nedokonalostí, které se v mém výzkumu nacházejí. Za hlavní příčinu považuji především velmi emočně náročné téma, o kterém ženy nerady

mluví, i přesto že jsem si v obou případech, byla s dotazovanými blízká. I to je důvod, proč jsem pro svůj výzkum vybrala pouze dvě respondentky, jelikož je velmi složité najít ve společnosti ženy, které by na toto téma chtěly vést rozhovor, o to více s neznámou osobou.

Literatura a zdroje jsou na toto téma poměrně dostupné, avšak převážná většina je zaměřena především na antikoncepční metody a psychologii žen po spontánním potratu, kdežto problematika interrupcí zůstává upozaděna.

Zpracování výzkumu pro mě bylo velice zajímavé a přínosné. Poskytlo mi to nové informace díky teoretické části a především hlubší pohled, pochopení a zajímavé životní příběhy pomocí praktické strany bakalářské práce.

Hlavní cíl i dílčí cíle, které jsem stanovila, jsem také splnila. Dostalo se mi odpovědí na všechny mé otázky, i tak si jsem toho názoru, že by bylo potřeba vypracovat podrobný kvantitativní výzkum pro utvoření širšího pohledu do této problematiky a díky němu tyto otázky doplnit.

Doporučení pro praxi

Samozřejmě na počátku tohoto problému stojí správná edukace ohledně antikoncepce a tak by se i nadále mělo pokračovat v osvětě o možnostech ochrany před těhotenstvím, a to nejenom u dospívající populace, ale také u dospělých žen, jelikož toto dilema řeší ženy a dívky napříč všemi generacemi reprodukčního věku.

Edukace o antikoncepci a možnostech řešení nechtěného těhotenství by měla být soustředěna také do organizací, které spolupracují se sociálně znevýhodněnou mládeží. I přesto že se problematika nechtěného těhotenství neváže pouze na určitou sociální vrstvu a důvody pro ukončení těhotenství jsou různé, tak právě nedostatečné sociální vzdělání a zabezpečení je často se opakující motiv. Navázala jsem kontakt s organizací Tady a teď, která se soustředí na mládež ze sociálně slabších rodin. Nabídku přednášky na téma nechtěného těhotenství přijali s nadšením a v budoucnosti spolu navážeme bližší kontakt. Proto by měly být porodní asistentky více aktivní i v takto směřovaném komunitním vzdělávání a nelimitovat pole své edukace jen na pacientky přicházející do gynekologických ordinací a nemocnic.

Navázala jsem kontakt s organizací Tady a teď, která se soustředí na sociálně znevýhodněnou mládež. Nabídku přednášky na téma nechtěného těhotenství přijali s nadšením a v blízké budoucnosti bych ráda tuto možnost využila.

Porodní asistentky se budou s ženami, které se ocitly před otázkou, zda podstoupí interrupci či nikoliv setkávat na denní bázi. Zkušenosti mých respondentek se zdravotnickým personálem byly v obou případech pozitivní, ale jsem si vědoma toho, že se jedná jen velmi malý vzorek dotazovaných, proto je zde složité vyvodit, zda jsou porodní asistentky dostatečně komunikačně a psychologicky vybaveny, aby byly schopné ženě dodat potřebnou podporu. Proto bych soustředila rozvoj vědomostí porodních asistentek v této problematice nejen na fyzickou stránku ženy, ale dala důraz na holistické pojetí ošetrovatelství.

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ZDROJŮ

1. CLINE, Austin. "Is It Moral or Immoral to Have an Abortion?" ThoughtCo.com is the World's Largest Education Resource 2017[online], dostupné z: thoughtco.com/ethics-of-abortion-248020.
2. ČEPICKÝ, Pavel a Zuzana ČEPICKÁ LÍBALOVÁ. Jak odpovídat na otázky o antikoncepci a plánovaném rodičovství. Praha: Levret, c2010. ISBN 978-80-87070-49-9.
3. DUDOVÁ, Radka. *Interrupce v České republice: zápas o ženská těla*. Praha: Sociologický ústav Akademie věd České republiky, 2012. ISBN 978-80-7330-214-
4. EMMEROVÁ, Milada a Jana FILÍPKOVÁ, ed. Jak vnímáme babyboxy. Plzeň: NAVA, 2010. ISBN 978-80-7211-355-2.
5. DAAR, Judith a Kimberly MUTCHERSON. INTRODUCTION: Intersections in Reproduction. *Journal of Law, Medicine* [online]. 2015, 43(2), 174-178 [cit. 2018-02-05]. DOI: 10.1111/jlme.12230. ISSN 10731105.
6. HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9.
7. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0219-6.
8. FAIT, Tomáš. *Antikoncepce: průvodce ošetřujícího lékaře*. 2. vyd. Praha: Maxdorf, c2012. Farmakoterapie pro praxi. ISBN 978-80-7345-280-3.
9. MAZÚCHOVÁ, Lucia, Simona KELČÍKOVÁ a Angela PIŠTOVÁ. Riziko postabortivního syndrómu u žien po umelom prerušení tehotenstva. *Florence*. 2016, roč. 12, č. 3, 24-27. ISSN 1801-464X.
10. NAVRÁTILOVÁ, Michaela. Interrupce včera a dnes. *Sestra*. 2013, roč. 23, č.7-8, s. 54-56. ISSN 1210-0404.
11. Nech si mě. Nech si mě. [online]. Copyright ©2012. [cit.07.02.2018]. Dostupné z: <https://www.nechsime.cz/adopce/>

12. RATISLAVOVÁ, Kateřina. Aplikovaná psychologie porodnictví: [psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí: psychosomatická medicína : učební texty pro porodní asistentky]. Praha: Reklamní atelier Area, 2008. ISBN 978-80-254-2186-4.
13. UZEL, Radim a Petr KOVÁŘ. Antikoncepční otazníky: o antikoncepci převážně vážně. Ostrava: CAT Publishing, 2010. ISBN 978-80-904290-0-0
14. ZDRAVOTNICKÁ STATISTIKA. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. © ÚZIS ČR Potraty 2014-2015. [cit. 2017-10-11]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/zdravotnicka-statistika/potraty>
15. KRŮSTEK, Adam. *Osvojení dětí: úplná adopce v českém právu*. Praha: Wolters Kluwer, 2016. Právní monografie (Wolters Kluwer ČR). ISBN 978-80-7552-022-7.
16. STRAŠILOVÁ, Petra a kol. Farmakologické ukončení těhotenství v I. trimestru. *Postgraduální medicína*. 2016, roč.18, č.4, str. 381-389. ISSN: 1212-4184
17. ŠTROMEROVÁ, Zuzana. *Porodní asistentkou krok za krokem: praktický rádce pro porodní asistentky (a zvědavé rodiče)*. Praha: Argo, 2010. ISBN 978-80-257-0324-3
18. ŠONSKÝ, Jindřich. Vazektomie- „nová“ možnost volby v mužské antikoncepci. *Urologie pro praxi*. 2015, roč.16, č.3, str.113-115. ISSN:1213-1768
19. SLEZÁKOVÁ, Lenka, Martina ANDRÉSOVÁ, Petra KADUCHOVÁ, Monika ROUČOVÁ a Eva STAROŠTÍKOVÁ. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0214-3.
20. ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-247-5753-7.
21. Hormonální nitroděložní tělísko | Antikoncepce. Antikoncepce [online]. Copyright © 2012 [cit. 10.03.2018]. Dostupné z: <http://www.antikoncepce.cz/nitrodelozni-telisko/hormonalni-nitrodelozni-telisko/>
22. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. Čtvrté, aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Galén, 2015. ISBN 978-80-7492-204-6.
23. Zdravotní služby. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [online]. Copyright ©

- 2010 [cit. 16.03.2018]. Dostupné
z: https://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/zdravotnisluzby_6102_1786_11.htm
1
24. Postinterrupční syndrom . oPsychologii.cz [online]. Copyright © 2016 O
psychologii.cz. Všechna práva vyhrazena. [cit. 23.03.2018]. Dostupné
z: <http://www.opsychologii.cz/clanek/175-postinterrupcni-syndrom/>
25. Počet statisticky evidovaných umělých potratů klesá. Jsme kreativní. Jsme pro
život [online]. Copyright © Hnutí Pro život ČR, [cit. 27.03.2018]. Dostupné
z: <https://hnutiprozivot.cz/zpravy/2707-pocet-statisticky-evidovanych-umelych-potratu-klesa>
26. Problematika babyboxů. BABYBOX [online]. Copyright © 2009 Ondřej Tůma
[cit. 27.02.2018]. Dostupné z: <https://www.babybox.cz/?p=problematika>
27. .LUBUŠKÝ, Marek. Umělé přerušení těhotenství: hledisko medicínské,
organizační, legislativní a ekonomické. Gyn. Por. [online]. 2016, , 12 - 29 [cit.
2017-12-27]. Dostupné z: <http://www.lubusky.com/clanky/109.pdf>
28. Medikamentózní ukončení gravidity - abortiva registrovaná v ČR. Edukafarm:
Vzdělávání v oblasti OTC a Rx léčiv [online]. 3.7.2014 [cit. 2014-12-08]. Dostupné
z www: <http://www.edukafarm.cz/c1356-medikamentozni-ukonceni-gravidity-abortivaregistrovana-v-cr>
29. Utajený porod - Šance Dětem. Informační portál - Šance Dětem [online]. Copyright
© Nadace Sirius [cit. 27.01.2018]. Dostupné
z: <https://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/rodina-v-problemove-situaci/dite-mimo-vlastni-rodinu/utajeny-porod.shtml>
30. Kdo je porodní asistentka a jak se stát porodní asistentkou?. Ministerstvo
zdravotnictví České republiky [online]. [cit. 2018-02-25]. Dostupné z: [www.
http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/kdo-je-porodni-asistentka-a-jak-se-statporodni-asistentkou-_9078_3076_3.html](http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/kdo-je-porodni-asistentka-a-jak-se-statporodni-asistentkou-_9078_3076_3.html)

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha č. 1 seznam použitých zkratek
- Příloha č. 3 popis řešeršní strategie

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

UUT- umělé ukončení těhotenství

IUD- intrauterine device (nitroděložní tělísko)

POPIS REŠERŠNÍ STRATEGIE

Na základě rešeršní studie jsem vybrala relevantní zdroje, ze kterých jsem čerpala pro bakalářskou práci.

