

# UMĚLÉ PŘERUŠENÍ TĚHOTENSTVÍ

Bakalářská práce

KATEŘINA KROUPOVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s  
PRAHA 5

Vedoucí práce: Mgr. Jana Endlicherová

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Studijní obor: Porodní asistentka

Datum odevzdání práce: 2009-03-31

Datum obhajoby:

PRAHA 2009

## **Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Praha 31. března 2009

.....

## **Abstrakt**

KROUPOVÁ, Kateřina. *Umělé přerušení těhotenství*. Praha, 2009. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.. Bakalář v porodní asistenci. Školitel: Mgr. Jana Endlicherová.

Tématem bakalářské práce je problematika umělého přerušení těhotenství. Práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou.

Teoretická část práce se zabývá historií potratů, definicí umělého přerušení těhotenství a metodami provedení interrupce. Práce se také zabývá možnými komplikacemi, které mohou v souvislosti s umělým ukončením těhotenství nastat. V této části práce se také zmiňují o antikoncepci.

Praktickou část práce tvoří průzkum, který byl realizován na gynekologickém oddělení Fakultní Thomayerovy nemocnice v Krči. Tato část práce se zabývá metodikou průzkumu, zpracováním a vyhodnocením výsledků, které jsou interpretovány pomocí tabulek a grafů.

Klíčová slova: umělé přerušení těhotenství, metody umělého přerušení těhotenství, potrat, antikoncepce, plod

## **Abstract**

KROUPOVÁ, Kateřina. *Artificial abortion*. Prague, 2009. Bachelor work. The university of health service o.p.s. in Prague. Bachelor in midwifery. Advisor: Mgr. Jana Endlicherová.

The topic of my bachelor's project is about the issue of Artificial Abortion. The work is divided into theoretical and practical part.

The theoretical part is deals with history of abortion, definition of artificial abortion and methods of abortion. The work also deals with possible complications which can occur in connection with artificial abortion. This part of the work also mentions contraception.

The practical part of the work is made of research which was implemented on the gynecological ward in Thomayerova college hospital in Krč. This part of the work also deals with research method, processing and evaluation of outcomes by means of figures and graphs.

Key words: artificial abortion, methods of artificial abortion, abortion, contraception, fetus.

## Předmluva

Narození dítěte by mělo být pro jeho rodiče a příbuzné radostnou událostí, která významným způsobem ovlivní celý další život rodiny. Nemělo by se stát nechtěným zatížením a strašákem v případech, kdy početí dítěte nebylo plánováno ať již z důvodů zdravotních, ekonomických, věkových nebo jakýchkoli jiných.

Tato práce vznikla po absolvování mé praxe na gynekologickém oddělení, kde jsem se setkala a hovořila se ženami podstupujícími operační výkon umělého přerušování těhotenství. Cílem práce bylo nejen zjistit důvody, pro které ženy tento výkon prakticky nechtěně podstupují, jakým způsobem je možné výkon provést, ale také objasnit komplikace, které mohou v průběhu výkonu nebo po jeho skončení nastat, ale především zdůraznit psychické problémy, které většinu žen, a myslím si zcela oprávněně, po výkonu provázejí. Za velmi důležité považuji rozvoj, osvětu a rozšíření antikoncepce nejen u žen, ale i u mužů, jejímž používáním lze zabránit nechtěnému početí.

Práce je určena studentkám oboru porodní asistentka a dalším sestřám, které zde mohou najít odpovědi na otázky týkající se umělého přerušování těhotenství a problematiky s tím spojené.

Podklady pro tuto práci jsem čerpala z knižních pramenů, internetových stránek a dotazníků vyplněných ženami po provedeném operačním výkonu na gynekologickém oddělení. Snahou této práce bylo zjistit důvody, pro které ženy podstupují umělé přerušování těhotenství a otázky v dotazníku byly formulovány pro zjištění tohoto cíle.

Touto cestou vyslovuji velké poděkování Mgr. Janě Endlicherové, jako vedoucí této bakalářské práce, za poskytnutí odborných rad a cenných připomínek v průběhu její přípravy.

# Obsah

## Teoretická část

<b>Úvod</b> .....	<b>8</b>
<b>1 Historie potratů</b> .....	<b>10</b>
<b>2 Anatomie ženského pohlaví</b> .....	<b>13</b>
2.1. Kostěná pánev .....	13
2.2. Měkké porodní cesty .....	14
2.3. Zevní pohlavní orgány.....	14
2.4. Vnitřní rodidla .....	15
<b>3 Antikoncepce</b> .....	<b>17</b>
3.1. Antikoncepční metody ženské .....	17
3.2. Antikoncepční metody mužské .....	19
<b>4 Trvání těhotenství</b> .....	<b>20</b>
<b>5 Definice potratu a rozdělení potratů podle mezinárodní klasifikace ...</b>	<b>21</b>
5.1. Definice potratu .....	21
5.2. Rozdělení potratů podle mezinárodní klasifikace .....	21
<b>6 Umělé přerušování těhotenství na žádost ženy nebo ze zdravotních důvodů a právní legislativy s tím související</b> .....	<b>22</b>
<b>7 Vyšetření pacientky a druhy anestézie.....</b>	<b>25</b>
7.1. Vyšetření pacientky.....	25
7.2. Druhy anestézie .....	25
<b>8 Metody umělého přerušování těhotenství.....</b>	<b>26</b>
8.1. Miniinterrupce do dokončeného 8. týdne těhotenství .....	26
8.1.1. Použití prostaglandinů .....	27
8.2. Interrupce od ukončeného 8. týdne do ukončeného 12. týdne .....	28
8.3. Interrupce po 12. týdnu těhotenství .....	31

<b>9</b>	<b>Komplikace a problémy spojené s umělým přerušением těhotenství ...</b>	<b>32</b>
9.1.	Bezprostřední komplikace související s UPT .....	32
9.2.	Časné komplikace související s UPT .....	33
9.3.	Pozdní komplikace související s UPT .....	34
9.4.	Psychické komplikace související s UPT .....	35
9.5.	Problémy u žen po potratu .....	36
9.6.	Prevence komplikací a problémů po provedeném UPT .....	37
<b>10</b>	<b>Vliv náboženství .....</b>	<b>38</b>
<b>11</b>	<b>Statistické údaje interrupcí v České republice.....</b>	<b>39</b>
 <b>Praktická část</b>		
<b>12</b>	<b>Průzkum .....</b>	<b>40</b>
12.1.	Popis řešení a výsledky vlastního průzkumu.....	40
12.2.	Hypotézy .....	41
<b>13</b>	<b>Vyhodnocení dotazníku .....</b>	<b>42</b>
13.1.	Vyhodnocení hypotéz .....	54
13.2.	Diskuse .....	55
<b>Závěr .....</b>		<b>57</b>
<b>Seznam literatury .....</b>		<b>59</b>
<b>Seznam zkratk.....</b>		<b>60</b>
<b>Seznam příloh .....</b>		<b>61</b>
Příloha č. 1 - Instrumentarium pro umělé ukončení těhotenství .....		61
Příloha č. 2 - Plastové vakuumaspirační kanyly (kyrety) .....		61
Příloha č. 3 - Dilatace děložního hrdla Hegarovým dilatátorem .....		62
Příloha č. 4 - Kyretáž děložní dutiny .....		62
Příloha č. 5 - Dotazník .....		63

## Úvod

Již desetiletí jsou vedeny spory mezi lidmi, a to i náboženské, ve které chvíli začíná lidský život. Některé náboženské víry považují za začátek lidského života již početí dítěte, jiné víry počítají životaschopnost lidského jedince od jeho prvního pohybu v těle matky. Většina lidské populace počítá začátek života dítěte až jeho narozením. Podle toho potom tyto skupiny přistupují k výkonu umělého přerušování těhotenství. Některé víry a tím i země, které se touto vírou řídí, považují umělé přerušování těhotenství jako vraždu dítěte, a proto je zde tento výkon zakázán. Z těchto důvodů jsou v zemích se zákazem umělého přerušování těhotenství potraty prováděny nelegálně, mimo zdravotnická zařízení, a jejich neodborné provedení představuje větší rizika poškození ženy a způsobuje vyšší výskyt závažných komplikací.

I v zemích, kde umělé přerušování těhotenství bylo legalizováno, je snaha o minimalizaci jejího provádění. Možností je rychle se rozvíjející a rozšiřující použití antikoncepce. Tím lze usnadnit možnosti plánovaného rodičovství a omezování počtu uměle ukončených těhotenství, které i když jsou dnes prováděny na velmi vysoké lékařské úrovni, představují pro ženu a její nejbližší velmi závažný zásah do života. Především žena, podstupující tento výkon, a to z jakéhokoli důvodu, je vystavena psychickému tlaku. Psychickému vypětí je žena vystavena nejen ve fázi, kdy se rozhoduje o tom, zda si nově vznikající život ve svém těle ponechá, či nikoli, ale také při provedení výkonu a určitě nejtěžším psychickým vypětím je pro ni období, kdy se musí vyrovnat se svým svědomím.

Pokud však již dojde k tomu, že žena nechtěně otěhotní, nebo má určité zdravotní důvody, které ji brání, aby si dítě ponechala, existují různé metody umělého přerušování těhotenství, které lze použít podle délky gravidity. V praxi platí pravidlo, že čím dříve je těhotenství diagnostikováno, tím méně rizikovou metodu může gynekolog pro její provedení použít a současně se snižuje možnost výskytu komplikací. Ani při včasném přerušování těhotenství však nelze zabránit psychickému tlaku na ženy a výskytu psychických problémů po těchto zákrocích. S těmito problémy se potýká téměř polovina žen po umělém přerušování těhotenství.



Cílem této práce bylo nejen přiblížit historický vývoj potratů v různých zemích, vysvětlit možnosti antikoncepce u žen a u mužů, popsat možnosti umělého ukončení těhotenství a s tím související výskyt komplikací a problémů, ale především pomocí dotazníků, které ženy v souvislosti s interrupcí na gynekologickém oddělení vyplňovaly, získat a vyhodnotit informace týkající se jejich důvodů, pro které se rozhodly tento výkon podstoupit. Otázky v dotazníku byly formulovány tak, aby zjištěné informace potvrdily nebo vyvrátily hypotézy, které jsem si pro tuto práci stanovila.

## 1 Historie potratů

Dne 19. prosince 1957 se usneslo Národní shromáždění Československé republiky na zákoně č. 68, ve kterém se nově upravují předpisy o umělém přerušení těhotenství v našem státě. Před vydáním tohoto zákona, který podle původního ustanovení rozšiřuje péči o zdravý vývoj rodiny, která je ohrožována škodami, způsobenými při umělém přerušení těhotenství a také ohrožení ženy na životě způsobenou osobou mimo zdravotnické zařízení, se vedly diskuse ve všech oblastech politického, zdravotnického, právního i bezpečnostního života. Celý problém se vyřešil po jednání v parlamentu a ve vládě.

Ve druhé polovině 19. století se začaly v Evropě šířit tendence, které sledovaly omezování porodnosti, jako reakce proti nekontrolovanému přibývání lidí. Výsledkem těchto tendencí bylo, že za 300 let se počet obyvatel pětinašobně zvýšil. I v našich zemích byla ještě v první polovině 19. století nadměrná populační produkce. V nejbližších desetiletích k nám pronikal systém dvou dětí, který se uplatňoval především u vrstev lépe finančně zajištěných, zatím co u lidí sociálně slabších se rodilo nadpočetně a nekontrolovatelně. Prostředkem k omezení rodičovství byla rychle se šířící antikoncepce, a tam kde tato metoda nebyla použita či snad zklamala, byl východiskem potrat jako poslední metoda nežádoucího těhotenství.

S postupující hospodářskou krizí po roce 1930 narostl počet potratů do převratné výše, a to mělo za následek, že okolo roku 1935 bylo ve velkých evropských státech více potratů nežli porodů a v roce 1937 naše země evidovala 350.000 potratů. V této době klesl populační přírůstek našeho národa na nejnižší minimum a i za to jsme mohli vděčit Slovensku a bývalé Podkarpatské Rusi, zatím co české země prakticky vymíraly.

Tragické byly poměry před válkou i po válce také ve Francii, kde dvě třetiny těhotenství neskončily porodem, nýbrž potratem, který byl málem považován za normální ukončení těhotenství. Francouzské ženy, lékaři i celá veřejnost se na potrat nedívali se zvláštními předsudky, ale také soudy byly velmi benevolentní, pokud nedošlo k ublížení na zdraví ženy, nebo dokonce k jejímu úmrtí. Většina lékařů byla tímto stavem znepokojena a vyzývali ke zdrženlivosti, když rozumní politikové a především komunisté připomínali, že Francie bude zemí bez dětí, národem starců a vystavuje se do biologického oslabení, či dokonce vyhynutí.

Pro srovnání uvádím, jak se vyvíjel problém potratů v Sovětském svazu. V roce 1920 byl vydán zákon, který dovoľoval v sovětských nemocnicích přerušeni těhotenství, s odůvodněním, že v období hospodářské krize v době občanské války, byla péče a výchova dítěte obtížná až zcela nemožná díky nedostatečným sociálním a finančním podmínkám. Brzy se však objevily i negativní stránky, neboť počet potratů abnormálně rostl a výrazně se zvětšovaly škody na zdraví žen. Proto vláda v roce 1923 začala hromadně poučovat veřejnost o nevýhodách potratů a v roce 1928 vydala zákaz o přerušeni těhotenství u žen, které byly poprvé těhotné. Zcela zakázán byl potrat v roce 1936, kromě případů, kdy pokračování těhotenství by mělo za následek vážné ohrožení zdraví nebo života ženy. Při nedodržení tohoto zákona byly stanoveny těžké tresty u přistižených pachatelů a u těhotné ženy následovalo veřejné pokárání a peněžité pokuta.

Po druhé světové válce u nás nastal příznivý vývoj hospodářské úrovně nejširších lidových vrstev, jehož následkem se stala všeobecná podpora mateřství ze strany státu. V Ústavě 9. května se praví: „Manželství, rodina a mateřství jsou pod ochranou státu.“ Další zákony a ustanovení umožňují podporu novomanželů, stoupající přídavky na děti, snížení daní podle počtu členů rodiny, zákon o rodinném právu, či sociálně - právní ochranu mládeže. Pro pojištěné jsou zcela bezplatná veškerá zdravotnická opatření. Pojištěnky mají právo na porodné, na peněžité dávky v mateřství i nárok na 18 ti nedělní mateřskou dovolenou, která je nejdelší dovolenou na světě. Za těchto okolností a na základě různých výhod se počet potratů u nás snížil a v roce 1950 trestní zákon § 144, nedovoľoval přerušeni těhotenství, ale připouštěl výjimku v ohrožení života ženy. V roce 1951 však došlo k novelizaci a § 218 připouštěl usmrcení plodu jen z důvodů zdravotních, ale nikoliv z důvodů sociálních a výkon mohl být prováděn jedině ve zdravotnickém zařízení. Náš populační vývoj se od roku 1953 zřetelně zpomalil, a proto se u nás státní zdravotní správa rozhodla rozsah a vývoj potratovosti sledovat. Podle státních statistik potratovost v ČSR obnášela 10 % z celkové porodnosti, ale samozřejmě je nutné počítat s potraty zatajenými. Asi 90 % hlášených potratů bylo u žen, které již porodily dvě či více dětí a 5 % u svobodných nebo rozvedených žen. Podle hlášení bylo více jak 90 % potratů samovolných a asi 5 % lékařsky vykonaných v nemocnicích, na základě zdravotních indikací a jen malý zbytek byl označen jako potraty kriminální. Potratová praxe u nás nám ukazovala rizika potratů, které byly většinou ukončené osobou, která nepracovala ve zdravotnickém zařízení či snad ukončení těhotenství ženou samotnou. Nejčastější metodou neodborného ukončení

těhotenství bylo proniknutí sondou do dělohy a následné porušení a poškození vejce, takže nebylo schopno dokončit svůj fyziologický vývoj. Ukončení těhotenství tímto způsobem vyvolalo u ženy silné krvácení, které se vystupňovalo natolik, že žena musela podstoupit nemocniční léčbu, při které musel být potrat dokončen. Některé zkušenější ženy používaly k potratu i pomůcky, které nahrazovaly sondu jako například pletací dráty, špejle a další jiné prostředky. U jiných žen zase pomáhalo vstříkávání různých roztoků do dělohy jako například oleje, glycerinu či mýdlové vody. Z takto prováděných výkonů hrozilo ženám velké množství různých komplikací, na které doplácelo životem průměrně 50 žen ročně. Další stovky žen si odnášely onemocnění, vzniklé z poranění, infekce či jiných důsledků. Ročně si takto pomáhalo 30 – 50.000 žen, z toho lze usoudit, že nešlo jen o ztrátu životů nebo škody na zdraví, ale i o nákladné a dlouhodobé léčení v ambulancích a o následnou lázeňskou léčbu. Díky těmto okolnostem byla žena vystavena dlouhodobé pracovní neschopnosti. Objevily se ještě další následky, které se projeví u velkého počtu žen ztrátou plodnosti.

Je nutné si uvědomit dnešní postoj ženy k mateřství. Naše ženy jsou nejen zrovnoprávněny, ale zapojují se do všech odvětví našeho hospodářství. Na rozdíl od mužů, na ženách leží i tíha mateřských úkolů a starostí o domácnost. Není tedy divu, že žena počítá nejen příjem rodiny, rozhoduje o věcech, které se týkají bydlení a sociálních zařízení jako jsou jesle, mateřské školy, kojenecké ústavy, ale také řeší vhodnost či nevhodnost svého mateřství.

Snahy o úpravu dosavadního zákona byly u nás podpořeny zejména v době, kdy v Sovětském svazu došlo k úplnému uvolnění potratů. Stalo se tak nejen proto, aby ženy nebyly dále poškozovány na zdraví neodbornými zákroky, ale také proto, že bylo ženě přiznáno samostatně rozhodovat o tom, zda si přeje či nepřeje další mateřství. Byla současně uvedena četná opatření na ochranu mateřství, například prodloužení mateřské dovolené, další úlevy na daních pro početnější rodinu, osvobození pracujících žen před nočními směnami, přesčasovou či zdraví nebezpečnou práci a nekrácením mzdy i při přeřazení na lehčí práci. Kromě toho byl také zahájen velký výchovný a osvětový program proti potratům a na ochranu mateřství či velké náklady na vydávání letáků a brožur, varujících proti neodůvodněným potratům. Z toho vyplývá, s jakou odpovědností byl potrat v SSSR povolen, zatím co jeho provádění mimo nemocniční prostředí zůstalo i nadále v plné trestní odpovědnosti pro pachatele potratu či pro toho, kdo k potratu naváděl nebo pomáhal. (7, 8)

## 2 Anatomie ženského pohlaví

### 2.1. Kostěná pánev

Je tvořena spojením dvou pánevních kostí, které jsou připojeny ke kosti křížové.

Pánevní kosti

Kost křížová (os sacrum) - promontorium (ventrálním směrem vystupující zaoblená hrana) vyčnívající do pánevního vchodu

Kostrč (os coccygis) - má tvar plochého jehlanu

- hrot kostrče (apex ossis coccygis) je volný a směřuje kaudálně

Pánevní kost (os coxae) - vzniká spojením 3 kostí:

a) kost kyčelní (os ilium)

b) kost sedací (os ischií)

c) kost stydká (os pubis)

Na ženské pánvi popisujeme 4 základní roviny:

➤ Rovina pánevního vchodu (apertura pelvis superior s. aditus pelvis) - ohraničuje ji linea terminalis, která vychází od promontoria přes kost křížovou ke kosti pánevní k hornímu okraji symfýzy. Tato rovina má ledvinovitý tvar.

V této rovině můžeme určit několik průměrů:

Přímé průměry

a) Diameter recta aditus pelvis (conjugata anatomica) – měří asi 11 cm a představuje spojnicí promontoria a horního okraje symfýzy

b) Diameter obstetrica (conjugata vera obstetrica) – měří asi 10,5 cm a je to nejkratší vzdálenost mezi zadní stranou symfýzy a předním okrajem promontoria

c) Conjugata diagonalis – je vzdálenost mezi dolním okrajem symfýzy, je asi o 2 - 2,5 cm delší než conjugata obstetrica, tj. asi 12,5 až 13 cm

Příčný průměr (diameter transversa) - je nejdelší a měří asi 13cm

Šikmé průměry (diametres obliquae)

I. Šikmý průměr (diameter obliqua I. dextra)

II. Šikmý průměr (diamater obliqua II. sinistra)

- Rovina pánevní šíře (amplitudo pelvis)
  - a) Příčný průměr (diameter recta amplitudinis pelvis) - měří asi 12 cm
  - b) Příčný průměr (diameter transversa amplitudinis pelvis) - měří asi 12 cm
  
- Rovina pánevní úžiny (angustia pelvis)
  - a) Příčný průměr (diameter recta) - měří asi 11 cm
  - b) Příčný průměr (diameter transversa) - měří asi 10 cm, spojnice trnů kostí sedacích
  
- Rovina pánevního vchodu (apertura pelvis inferior s. exitus pelvis)
  - a) Příčný průměr (diameter recta) - měří asi 9 cm, je spojnicí dolního okraje symfýzy a hrotu kostrče
  - b) Příčný průměr (diameter transversa) - měří asi 11 cm, spojnice tubera ischiadica

#### **Příčné průměry pánevní**

Příčný průměr vchodu pánevního - 13 cm

Příčný průměr šíře pánevní - 12 cm

Příčný průměr úžiny pánevní - 10 cm

Příčný průměr východu pánevního - 11 cm

#### **Přímé průměry pánevní**

Přímý průměr pánevního vchodu - 11 cm

Přímý průměr šíře pánevní – 12 cm

Přímý průměr úžiny pánevní – 11 cm

Přímý průměr východu pánevního 9-11 cm

## **2.2. Měkké porodní cesty**

Skládají se především ze souboru příčně pruhovaných svalů, které jsou uloženy v oblasti pánevního východu a na stěnách malé pánve. Pánevní východ je zakončen svalově vazivovými přepážkami (pánevní dno, které podpírá orgány pánevní dutiny).

### **Pánevní dno (diaphragma pelvis)**

Má tvar ploché nálevky, která vede kaudálně ke štěrbině a touto štěrbinou v zadní části prochází konečník (hilus analis). Pochva prostupuje přední částí štěrbinou a před ní je uložena močová trubice (hilus urogenitalis). Mezi zadní a přední štěrbinou se nachází vazivový uzel (centrum perineale). (4)

## **2.3. Zevní pohlavní orgány**

### **Hrma (mons pubis)**

Hrma je silnější vrstva tukové tkáně nad symfýzou, krytá kůží i ochlupením. Ochlupení pubické je sekundárním pohlavním znakem.

### Velké stydké pysky (labia majora pudendi)

Velké stydké pysky pokračují v dorzálním směru v mons pubis. Skládají se z tukové tkáně bohaté na cévní zásobení a jejich vnější plocha je tvořena pigmentovou kůží s potními a mazovými žlázkami.

### Malé stydké pysky (labia minor pudendi)

Malé stydké pysky se spojují v klitoris, mají vzhled sliznice skládající se z řídkého kolagenního vaziva s elastickými vlákny. Nemají ochlupení ani potní žlázy, ale obsahují žlázy mazové.

### Poštěváček (klitoris)

Toto místo je velmi citlivé, jelikož obsahuje velké množství nervového zakončení.

### Poševní předsíň (vestibulum vaginae)

Představuje prostor mezi malými stydkými pysky a spodinou předsíně. Poševní předsíň je tvořena vchodem poševním a hymenem.

### Vestibulární žlázy (glandulae vestibulares majores Bartholini)

Tyto žlázy vylučují sekret, který slouží ke zvlhčení poševního vchodu při sexuálním vzrušení. Jsou uloženy pod kůží 1,5 – 2 cm od velkých stydkých pysků.

### Panenská blána (ostium vaginae et hymen)

Po porodu se nazývá carunculae myrtiformes.

### Hráz (perineum)

Představuje oblast mezi análním otvorem a pochvou, souběžně rozděljuje část pochvy od konečníku. Skládá se z tukové tkáně, fascií, svalů diafragmy pelvis a urogenitale. (4)

## **2.4. Vnitřní rodidla**

### Pochva (vagina, kolpos)

Pochva je dutý svalový orgán trubicovitého tvaru, velmi elastická, dlouhá asi 8 cm. Stěna sliznice pochvy je tvořena třemi vrstvami: sliznicí, svalovinou a zevním

vazivovým obalem. Při menstruaci slouží k odvádění menstruační krve a během porodu tvoří s děložním hrdlem a vulvou měkké porodní cesty.

#### Děloha (uterus)

Děloha je dutý svalový orgán hruškovitého tvaru dlouhá asi 8 cm a vážící 50 g. Slouží k přijetí oplozeného rýhujícího se vajíčka.

#### Zevní tvar dělohy

- Tělo děložní (corpus uteri) - tvoří největší část dělohy. Na přední stěnu naléhá močový měchýř a na zadní stěnu konečník a kličky tenkého střeva. V děložním fundu se obě strany stýkají a přecházejí v zaoblené děložní hrany. Do fundu děložního vybíhají z děložního těla děložní rohy a z nich odstupují vejcovody.
- Hrdlo děložní (cervix uteri) - je kaudálně zúžená část dělohy válcovitého tvaru. K cervixu uteri přirůstá pochva. Čípek je dlouhý asi 1 cm a na jeho vrcholu se otevírá zevní děložní branka. Děložní branka má u multipar kruhovitý tvar a naopak u multipar má tvar příčné štěrbin.
- Úžina děložní (isthmus uteri) - v těhotenství tvoří součást děložního segmentu. Představuje zúžené místo mezi tělem děložním a cervixem uteri, který je dlouhý 1 cm. Děložní stěnu tvoří 3 vrstvy – perimetrium, myometrium, endometrium.

#### Vejcovod (tuba uterine Fallopi, salpinx)

Je dlouhý asi 8 – 11 cm, krytý peritoneem, který vytváří jeho závěs mesosalpinx. Ústí vejcovodu se nálevkovitě rozšiřuje a po obvodu se nachází 10 – 15 řasnatých fibrinů (tyto fibrie slouží během ovulace k zachycení uvolněného vajíčka). Stěna vejcovodu se skládá ze sliznice, svalové vrstvy, adventicie a serózy.

#### Vaječníky (ovarium)

Je párový orgán oválného tvaru, který má rozmnožovací a endokrinní funkci. Poloha vaječníků je dána peritoneální duplikaturou a jejím spojením s ligamentum latum uteri. Vaječníky obsahují korovou vrstvu (zona corticalis) a vrstvu dřevnou (zona medularis).

(3, 4)



### **3 Antikoncepce**

Antikoncepci lze definovat, jako soubor postupů a metod, které vedou k zabránění následnému početí. Pro název antikoncepce se používá také název kontracepce.

V současné době je naše populace dostatečně informovaná o těchto ochranných prostředcích zabraňujících početí. Existují jak ženské, tak i mužské preparáty, a proto se otěhotnění stává svobodným rozhodnutím partnerů i přesto, že mužská antikoncepce ve vývoji reverzibilních metod zaostává za antikoncepcí ženskou. Antikoncepce je ve většině případů ordinována ve zdravotnických zařízeních u ženského lékaře. I v případě antikoncepce existují možnosti, kdy ordinovaný prostředek může selhat a žena otěhotní. V takovém případě se řeší, kdo za tento závažný problém nese zodpovědnost. Jestli tento problém nastal z důvodů selhání materiálu nebo ze špatné ordinace lékaře. Dalšími důvody, kdy antikoncepce selže, mohou být například menstruační krvácení, hematologické, dermatologické či gastroenterologické poruchy, váhové výkyvy, psychické změny. Lékař proto musí upozornit, jaké komplikace mohou nastat a jak se žena při nástupu těchto komplikací má zachovat.

Právní postupy mohou být uplatněny v občanskoprávních případech formou náhrady škody v případech, kdy antikoncepční prostředek byl ordinován lékařem a způsobil poškození zdraví. Lékař má povinnost předepisovat jen ty prostředky, které jsou v našem státě registrované, a proto nastává pro zdravotnické zařízení nevyhnutelná odpovědnost. Nezodpovídá však za prostředky přivezené z jiných států, pokud je nepředepsal či nezavedl.

Neexistuje metoda, která by byla naprosto spolehlivá a neškodná, jednoduchá na použití či levná. Antikoncepce je i v tomto případě méně riziková nežli samotné těhotenství nebo podstoupení umělého přerušování těhotenství. (14)

#### **3.1. Antikoncepční metody ženské**

##### **Přirozené metody antikoncepce**

Jsou metody založené na přirozených známkách, které signalizují, jestli je žena v období plodném či neplodném.

- Kalendářová metoda je metodou, kdy žena má pravidelné cykly mezi 25. – 30. dnem, je neplodná mezi 1. - 5. dnem a pak až od 20. dne cyklu počítáno od prvního dne menses.

- Teplotní metoda spočívá v měření bazální teploty, kdy ve druhé polovině cyklu dochází ke zvýšení teploty, ale jedná se jen o nízké výkyvy asi 0,2 - 0,6 °C .
- Hlenová metoda umožňuje zjištění plodných a neplodných dnů podle změny charakteru hlenu v roditlech.
- Cervikální metoda se provádí samovyšetřením děložního čípku. (3, 14)

### **Bariérové metody**

- Vaginální pesar je latexový klobouček v průměru 6 – 10 cm s pružinou po obvodu, který slouží k zachycení spermií při pohlavním styku.
- Cervikální pesar - je klobouček, který se vyrábí na míru a je upevněný na čípku děložním přísátím.
- Vaginální hubka - zavádí se před pohlavním stykem a její význam spočívá k nasátí ejakulátu do sebe, brání pohybu spermií a zároveň je chemicky ničící.
- Femidom - dámský kondom, který se zavádí do pochvy před pohlavním stykem, jehož výsledkem je zachycení spermatu jako prezervativ.

### **Chemické metody**

Tyto metody spočívá v hubení spermií spermicidními přípravky. Používají se surfaktanty, které způsobují okamžitou a ireverzibilní zástavu motility spermií. Mají i výrazný antimikrobiální a antivirový účinek. Lze je zakoupit ve formě krémů, pěn, šumivých tablet či želé, které si žena zavádí před pohlavním stykem. Tato metoda se často kombinuje s bariérovými metodami. Nevýhodou této metody jsou možné alergie.

- Nitroděložní tělísko - je zaváděno lékařem do dutiny děložní 3. - 4. den menses a po 5 letech se doporučuje výměna kvůli riziku aktinomykózy vnitřních rodidel.
- Hormonální antikoncepce - je pilulka, která obsahuje ženské pohlavní hormony (estrogen, progesteron), užívá se pravidelně jednou za 24 hodin ve stejnou hodinu po dobu 21 dnů a poté následuje 7 dní bez pilulek.

### **Netradiční metody hormonální antikoncepce**

- Minipilulka - spočívá v nízké dávce gestagenu, který se podává každý den.
- Injekční depotní antikoncepce - jedná se o aplikaci do svalů jednou za 12 týdnů, tato metoda je vhodná pro kojící matky.

- Intrauterinní depotní antikoncepce je nitroděložní tělísko (Mirena) vhodné pro ženy s těžce probíhající, silnou a bolestivou menstruací.
- Implantace depotní antikoncepce - je implantát aplikovaný do podkoží odkud se postupně uvolňuje do oběhu po dobu 5 let.
- Postinor tablety - užívají se nejpozději do 72 hodin po nechráněném pohlavním styku, kdy jedna tableta se podává ihned po styku a druhá za 12 hodin.
- Sterilizace - spočívá ve zneprůchodnění vejcovodů ženy, ale tato metoda je nejistá ke zpětnému obnovení průchodnosti vejcovodů.
- Laktace jako antikoncepce – tato metoda není spolehlivá.

### **3.2. Antikoncepční metody mužské**

- Přerušovaný pohlavní styk (coitus interruptus) - znamená ukončení soulože těsně před výronem semene tj. vynětí penisu z pochvy před ejakulací, aby se spermie nedostaly do rodidel ženy.
- Prezervativ (kondom, coitus condomatus) – jedná se o latexový či polyuretanový návlek na pohlavní úd, který slouží k zachycení semene a tím zabrání proniknutí spermií do pohlavních rodidel ženy a také spolehlivě chrání před pohlavními chorobami.
- Sterilizace (vazektomie) - jedná se o chirurgický zákrok, který se provede přetětím či aplikací ucpávek do chámovodu a tím se znemožní oplodnění, ale nevýhodou této metody je opětovné zprůchodnění chámovodu, které nemusí být úspěšné.

### **Supresivní metody**

Tato metoda je doposud ve fázi výzkumu. Pozornosti se zatím dočkal Gossypol neboli pigment z oleje bavlníku. Je velmi účinný a u 99 % mužů vyvolává azoospermii. Po dokončení léčby je návrat k normě pomalý a v 10 % jde o efekt trvalý. Může dojít i k vedlejším účinkům jako je pokles libida, únava, závratě nebo jeho nežádoucím ukládání v játrech, srdci a ledvinách. (2, 3, 10, 14)

## 4 Trvání těhotenství

Ve studiích bylo průměrné trvání těhotenství stanoveno na 280 dnů, což je 40. ukončených týdnů + 0 dnů, a to odpovídá 10 ti lunárním měsícům. Těhotenství se rozděluje na tři trimestry. První trimestr trvá od 12. týdne, druhý trimestr trvá do 28. týdne a třetí trimestr začíná od 28. týdne do termínu porodu. Jednotlivé trimestry se označují římskými číslicemi.

Pro určení délky těhotenství lze využít několik metod. Jednou z nich je například menstruační stáří, což je doba, která uplynula mezi prvním dnem poslední menstruace a ukončením těhotenství. Ovšem těhotenské stáří je asi o 14 dní kratší, jestliže za začátek gravidity považujeme oplození, nebo o 21 dní kratší v případech, kdy kritériem začátku těhotenství je implantace.

Například bylo-li těhotenství ukončeno ve 12. týdnu, znamená to, že rozsah stáří gravidity je mezi 84. až 90. dnem. Jestliže se ale jedná o běžící 12. týden, jde o rozsah stáří mezi 78. až 83. dnem těhotenství. Nastává tedy mezi stejně označenými UPT rozdíl, který může být v tomto případě až 13 dní. Zcela přesné je tedy označení ve skončených týdnech, k nimž se počet přebývajících dní připojí (např. 51. den těhotenství se označí jako 7 + 2).

Stáří plodu v I. a II. trimestru lze objektivně určit změřením jeho tělesné délky po vypuzení plodu nebo ultrasonograficky. Pro toto měření byla sestavena tabulka fyziologického růstu plodu od raných stádií. Podle těchto tabulek lze určit stáří plodu změřením jeho délky v milimetrech. Byly použity kritéria od Areye z roku 1946 a jednalo se o hodnoty naměřených vzdáleností temeno – kostrč (crown - rump length), nebo temeno – pata (crown – heel length).

Měření délky plodu má význam jen v případě, kdy gynekolog vybaví nepoškozený plod, což se při použití metody dilatace či kyretáže v I. trimestru stane velmi zřídka. U provedené vakuumaspirace se zpravidla plodové vejce velmi těžce poškodí.

Značný pokrok v určování stáří plodového vejce v raném stádiu přinesl ultrazvuk. Těhotenství díky ultrazvuku můžeme diagnostikovat již od 5. týdne jako těhotenský prstenec, který vzniká odrazem paprsku od decidua capsularis. Temeno – kostrční vzdálenost můžeme použít už od 7. menstruačního týdne gravidity. Ve II. trimestru se měří biparietální průměr hlavičky a rozměr obvodu hrudníku plodu. (4, 6)

## **5 Definice potratu a rozdělení potratů podle mezinárodní klasifikace**

### **5.1. Definice potratu**

Podle většiny právních i lékařských definic se jedná o ukončení těhotenství před dosažením životaschopnosti plodu a ta se určuje dobou trvání těhotenství a hmotností plodu. Tradičně se posuzovalo, že plod je životaschopný ve 28. týdnu gestace, což přibližně odpovídá tělesné hmotnosti 1000 g. Vycházelo se ze zkušeností, podle nichž dítě s nižší hmotností má malou naději na přežití a přesto některé děti přežívají i s mnohem nižší tělesnou hmotností. Proto někteří odborníci navrhli, aby byl potrat posuzován na horní hranici stáří těhotenství 20 ti týdnů nebo 500 g tělesné hmotnosti, ale tento návrh nebyl ve většině zemí přijat.

Z tohoto důvodu Světová zdravotnická organizace (WHO) díky celé řadě definic doporučila stanovit hranici hmotnosti pro potrat 500 g, což přibližně odpovídá 22 ti týdnům gestace.

V České republice se potratem rozumí plod, který po úplném vypuzení nebo vynětí z těla matky neprojevuje ani jednu ze známek života a jehož porodní hmotnost je nižší než 500 g nebo jehož hmotnost nelze zjistit, jestliže je těhotenství kratší než 22. týdnů. (4, 5, 6)

### **5.2. Rozdělení potratů podle mezinárodní klasifikace**

- Potrat samovolný, spontánní (abortus spontaneus)
- Potrat indukovaný, terapeutický, legální (abortus inductus)
  - UPT na žádost pacientky (např. z důvodů sociálních),
  - zdravotní indikace ze strany matky,
  - zdravotní indikace ze strany plodu. (4)

## **6 Umělé přerušování těhotenství na žádost ženy nebo ze zdravotních důvodů a právní legislativa s tím související**

Umělé přerušování těhotenství - interruptio graviditatis legis (UPT) je operační zákrok, který se provádí v I. nebo v II. trimestru těhotenství. Výkon lze provádět pouze ve zdravotnickém zařízení ústavní péče. (1, 4)

V České republice upravuje umělé přerušování těhotenství zákon č. 66/1986 Sb., o umělém přerušování těhotenství, který si ve svých ustanoveních uložil povinnost předcházet nežádoucím těhotenstvím. Současně se tento zákon zabývá výchovou k plánovanému rodičovství v rodině i ve škole a zdravotnických zařízeních a výchovným působením v oblasti sociální a kulturní. Tento zákon mimo jiné také stanovil, že antikoncepční prostředky užívané ženami jsou pouze na lékařský předpis a měly by být poskytovány bezplatně. (5, 12)

Žena, která ještě nedovršila 16 let, musí o umělé přerušování těhotenství žádat prostřednictvím svého zákonného zástupce nebo osoby, která byla soudem určená jako její právní zástupce. Zdravotnické zařízení, které provádí UPT ženě mladší 18 let musí o tomto výkonu informovat jejího zákonného zástupce.

V případě, že je UPT prováděno u ženy ze zdravotních důvodů, hradí veškeré vzniklé náklady na jeho provedení pojišťovna, a to včetně předoperačních vyšetření. Pokud však žena podstupuje tento zákrok na vlastní žádost, musí náklady na jeho provedení hradit sama.

Má-li být UPT provedeno na žádost ženy, musí žena podat žádost u svého gynekologa a výkon by měl být povolen do 12. týdne těhotenství. I v tomto případě však může být zákrok zamítnut. Jedinou možností, kterou lze zabránit povolení provedení UPT, jsou zdravotní kontraindikace uvedené v § 1 vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 75/1986 Sb., kterou se provádí zákon č. 66/1986 Sb., o umělém přerušování těhotenství, a to pro tyto důvody:

- pokud žena v době nutné k provedení UPT trpí zánětlivým onemocněním rodidel a provedení výkonu by zvýšilo zdravotní riziko spojené s UPT,
  - pokud předcházející UPT bylo provedeno před dobou kratší šesti měsíců.
- Bez tohoto omezení však může být zákrok povolen u žen, které mají dvě a více

děti, u žen nad 35 let věku nebo v případech, kdy těhotenství vzniklo v souvislosti s trestnou činností, která byla vůči ženě spáchána, např. po znásilnění ženy. (1, 4)

Pokud je UPT prováděno ze zdravotních důvodů, rozlišujeme tři hlavní skupiny, a to podle času, ve kterém má být UPT prováděno ve vztahu ke zdravotní indikaci, pro kterou má být výkon proveden:

- do 12. týdne – u onemocnění, která jsou vymezena v zákoně č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství. Tento zákon obsahuje podrobný seznam všech onemocnění, pro která je možné UPT provádět ze zdravotních důvodů,
- do 24. týdne je umožněno provádět UPT při zjištění závažných genetických a vývojových poškození plodu,
- v průběhu celého těhotenství při závažném poškození zdraví ženy nebo ohrožení jejího života. Ve výjimečných případech lze těhotenství ukončit také později, jsou-li v průběhu těhotenství zjištěny malformace plodu, které jsou neslučitelné s životem.

Zmíněný zákon č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství současně stanovuje postup, jak lze zjištěné závěry o kontraindikaci UPT přezkoumat.

Zákon o umělém přerušení těhotenství, stejně jako Zákon o péči o zdraví lidu počítá s případy, kdy rozhodnutí o provedení UPT v mnoha případech není pouze rozhodnutím ženy, která má výkon podstoupit, ale UPT může být odůvodněno ohrožením života nebo zdraví ženy či u genetických malformací ohrožením zdravého vývoje plodu. V těchto případech musí být vyšetření, která zdůvodňují indikaci k provedení UPT popsána ve zdravotnické dokumentaci a odpovídajícím způsobem ověřena. Jedná-li se o kvalifikované zdravotní důvody pro provedení UPT musí i zde dát žena souhlas s provedením zákroku, a to i v případě, kdy k provedení UPT dalo podnět zdravotnické zařízení. Zjistí-li zdravotnické zařízení, že otěhotnění nebo další trvání těhotenství ohrožuje zdraví ženy nebo vývoj plodu, nebo jestliže jsou při vyšetřeních zjištěny genetické malformace plodu, je zdravotnické zařízení povinno s konkrétními skutečnostmi seznámit těhotnou ženu a dát podnět k tomu, aby těhotenství bylo přerušeno. Pokud je těhotná žena s daným stavem seznámena a přesto s UPT nesouhlasí, musí svůj nesouhlas s provedením UPT vydat v písemném prohlášení a podepsat tzv. revers. V tomto prohlášení by mělo být uvedeno, že žena byla seznámena s nálezem

zjištěným zdravotnickým zařízením, že byla poučena o konkrétních zdravotních rizicích, a přesto odpovědně prohlašuje, že nedává souhlas nebo podnět k provedení UPT.

Provedení UPT ze zdravotních důvodů na žádost ženy lze provést pouze tehdy, jestliže se zdravotní důvody k provedení UPT potvrdí. (1, 4, 5, 12)



## 7 Vyšetření pacientky a druhy anestézie

### 7.1. Vyšetření pacientky

Technika výkonu provedení UPT je závislá na zdravotním stavu pacientky, délce těhotenství, paritě a lokálním nálezů u pacientky. Některé metody lze využít v obou časových úsecích, ale riziko komplikací se zvyšuje s každým týdnem těhotenství. Zvolená metoda provedení UPT závisí především na těchto základních vyšetřeních:

- bimanuálním palpačním gynekologickým vyšetřením,
- objektivizaci délky trvání gravidity ultrazvukovou biometrií,
- kultivačním vyšetřením z děložního hrdla za účelem diagnózy gonorey,
- krevní skupině a Rh – faktoru k zajištění případné transfúze,
- vyšetření krevního obrazu nebo alespoň hemoglobinu k vyloučení anémie,
- vyšetření BWR,
- interním vyšetřením, pokud je výkon plánován v celkové anestézii. (1, 4, 6)

### 7.2. Druhy anestézie

UPT je operační výkon a anestézie musí být takového druhu, aby vyloučila bolestivé vnímání ženy a operátorovi zajistila klid při výkonu. Anestetikum má příznivý vliv na relaxaci dělohy a umožňuje jeho snadnější dilataci. Druhy anestetika závisí na stádiu těhotenství a na použité metodě UPT. Anestézii rozdělujeme na celkovou a místní.

- U celkové anestézie se nejčastěji aplikují krátkodobá anestetika, která se podávají na lačno, po premedikaci Atropinem (0,5 mg), případně Dolsinem (50 – 100 mg). Celková anestézie je používána v případech, kdy provedení UPT vyžaduje větší dilataci hrdla. Protože tato metoda u nás převažuje, je užití celkové anestézie nejčastější.
- Místní anestézie spočívá v lokální aplikaci anestetika, např. Mesocain, Procain, Lidocain. Dávka Mesocainu Spofa 1 % je 20 ml a roztok se aplikuje paracervikálně do hloubky asi 2 – 3 cm k číslu 3 a 9, nebo 1, 5, 7 a 11. Z důvodu předávkování nesmí anestetikum proniknout do oběhu. Vzácně se vyskytují alergické reakce na tyto léky, ale mohou být letální. Je zapotřebí, jako u celkové anestézie, počítat s vedlejšími účinky a mít v pohotovosti resuscitační prostředky. Místní anestézie se nejčastěji používá u miniinterrupcí. Výhodou je možné kombinování místní anestézie s analgetiky nebo psychofarmaky. (3, 6)

## 8 Metody umělého přerušení těhotenství

### 8.1. Miniinterrupce do dokončeného 8. týdne těhotenství

Miniinterrupci je možno provést v místním znecitlivění, kdy není třeba interního vyšetření. Většina žen si však z obavy bolestí při výkonu přeje i u miniinterrupce alespoň analgosedaci prováděnou anesteziologem. Potom je nutné před výkonem provést základní interní vyšetření.

Výkon se provádí ambulantně a téměř vždy za pomoci vakuumaspirace, kdy plodové vejce s těhotensky změněnou děložní sliznicí je pomocí podtlaku odsáto z dutiny těhotné dělohy. Výkon je bezpečnější a jeho trvání kratší, je-li velikost těhotenství menší.

Plod na konci druhého lunárního měsíce má již poměrně vyvinuté končetiny s viditelnými prsty, nos, ústa a oční víčka jsou zřetelná. (viz obrázek č. 1.)

Žena při výkonu leží na operačním stole v poloze gynekologické. Zevní rodidla se neholí, pouze se spolu s pochvou odezinfikují a do pochvy jsou zavedeny poševní zrcadla, u nás nejčastěji Scherbakova se závažím (viz Příloha č. 1 na straně 61). Čípek děložní se fixuje americkými jednozubými kleštěmi (viz Příloha č. 1 na straně 61) a mírným tahem dojde k napřímení zahnuté osy děložní, čímž se sníží nebezpečí perforace při sondování, event. dilataci hrdla a manipulaci v děložní dutině.

Operatér děložní sondou změří velikost dutiny děložní a směřování osy děložní a současně se přesvědčí o průchodnosti hrdla děložního. Výkon je prováděn bez dilatace děložního hrdla nebo jen s malou dilatací. Pokud je nutno hrdlo děložní dilatovat, využívají se u nás nejčastěji Hegarovy dilatátory (viz Příloha č. 1 na straně 61), což jsou kovové tyčinky s oble zakulaceným hrotem po půl milimetru zvětšujícím průměrem.

Dilatace hrdla se provádí do čísla délky zjištěné sondou a použité dilatátory jsou o půl milimetru větší, než průměr plastické sondy použité k odsátí. Plastické kanyly jsou malého průměru, 4, 5, 6, 7, 8, milimetrů (viz Příloha č. 2 na straně 61) a jejich velikost se řídí výškou těhotenství v týdnech a sondou naměřené velikosti dutiny děložní.

Pro šetrnější dilataci existuje metoda syntetických dilatátorů tzv. Dilapan. S výhodou lze tyto tyčinky využít u primigravid, ale také při větším těhotenství. Překážkou širšího využití Dilapanu je prozatím cena preparátu. (1, 4)

K podtlakovému odsátí se používá průhledná sonda z plastické hmoty s mírným zahnutím, která má na jedné straně uzpůsobený otvor k odsávání a druhým koncem je připojena na hadici vývěvy tzv. odsávačky. K odsávání se používají elektrické vakuové pumpy. Po zapnutí pumpy se operátor musí nejdříve přesvědčit, zda je odsávačka funkční a saje. Poté zavede kanylu do dělohy a otáčivými pohyby směrem ke dnu děložnímu a zpět k hrdlu děložnímu začne odsávat plodové vejce. Při výkonu operátor sleduje obsah odsávané tkáně a dle možnosti jej odesílá na mikroskopické, histologické vyšetření. Potřebný podtlak si operátor reguluje sám, a to v rozmezí 60 – 80 kPa. Po skončení odsávání vytáhne pomalu kanylu z dělohy a provede revizi malou tupou kyretou, aby se přesvědčil, že je děloha úplně prázdná.

Po skončení výkonu prováděném obvykle v analgosedaci anesteziolog ženu probudí a ta potom ještě 5 – 10 minut odpočívá v leže na lůžku a dále 30 – 60 minut vsedě. Pokud se po této době neobjeví žádné komplikace sledované lékařem, žena může po dvou hodinách od provedení výkonu odejít. Většinou žen na tento výkon postačí jednodenní dovolená, avšak pokud si žena přeje vystavení práceneschopnosti, lékař ji vystaví s tím, aby se za tři dny hlásila u svého gynekologa a ten pokud je vše v pořádku, práceneschopnost většinou ukončí. Před odchodem z nemocnice je žena poučena, že se musí za 14 dnů od provedení interrupce dostavit ke kontrole s tím, že pokud se objeví komplikace jako je zvýšená teplota, krvácení, bolesti, musí na kontrolní vyšetření ihned.

Při kontrolním vyšetření za 14 dnů je již znám výsledek histologického vyšetření, a bývá znovu zopakován těhotenský test a ultrazvukové vyšetření. Lékař musí vyloučit mimoděložní těhotenství a odchylky v utváření dělohy a její dutiny. Současně je žena poučena o možnostech předcházení nechtěnému otěhotnění účinnou hormonální antikoncepcí nebo zavedením nitroděložního tělíška.

V současnosti již miniinterrupce nejsou prováděny ani ze zdravotních důvodů bezplatně, protože ženy si i neprávem obstarávaly nutné zdravotní potvrzení k jejich bezplatnému provedení. Tím se počet zdravotně indikovaných interrupcí zvýšil. Cena za provedení miniinterrupce se pohybuje od 2 500 Kč. (1, 4, 6)

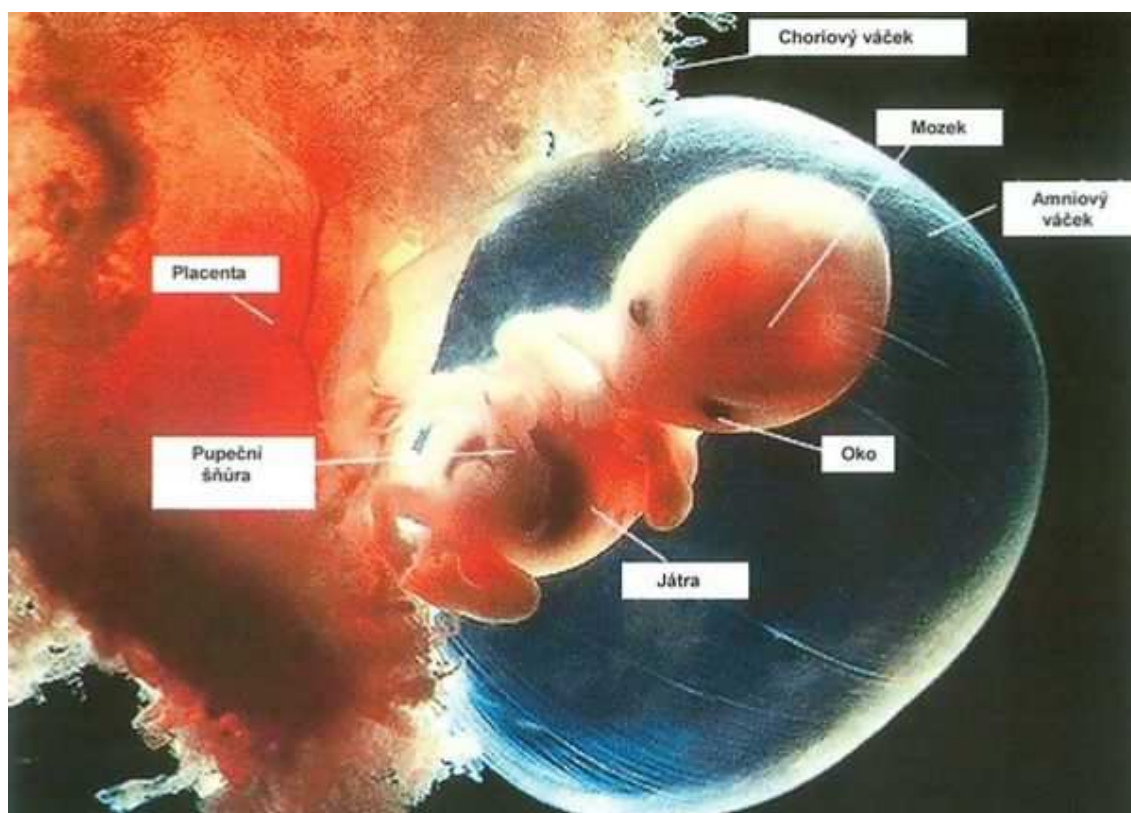
### **8.1.1. Použití prostaglandinů**

Prostaglandiny mají relaxační účinek na hladké svalstvo děložního hrdla a podávají se buď jednotlivě či ve směsích. Aplikují se vaginálně ve formě čípku a jako neúčinnější pro jedinou aplikaci se používá 15-metyl-PG F2alfa-metyl-ester.

První zprávy o tomto postupu UPT byly příznivé, avšak někteří lékaři navrhovali využít kombinaci dvou čípků, z nichž první čípek uvolňuje PG rychle a druhý čípek protražovaně. Tím lze docílit rychlejšího nástupu kontrakcí a vyššího efektu.

Při této metodě začíná krvácení za 4 – 6 hodin po zavedení čípku. Vedlejším příznakem této metody je zvracení či průjem, který postihuje asi 50 % žen. Tento způsob přichází v úvahu u žen primigravid, kde není možné provést UPT v raném stadiu metodou miniinterrupce. (1, 4, 6)

Obrázek č. 1 - Plod ve druhém měsíci těhotenství



## 8.2. Interrupce od ukončeného 8. týdne do ukončeného 12. týdne

Těhotenství této velikosti je ukončeno metodou dilatace hrdla děložního s následnou evakuací dělohy tupou kyretou. Po 9. týdnu se ještě kromě dilatace hrdla používají potratové kleště (viz Příloha č. 1 na straně 61). Výkon je prováděn v lůžkovém zařízení, neboť je zde vyšší riziko komplikací než u miniinterrupce.

Na rozdíl od miniinterrupce, kde se dilatace buď vůbec neprovádí, nebo jen v malém rozsahu, v tomto případě je dilatace děložního hrdla nutná a její velikost závisí na délce těhotenství. Dilatace hrdla (viz Příloha č. 3 na straně 62) je prováděna pomalu a šetrně

a operátér ji provádí v celkové anestézii podávané anesteziologem. Před provedením výkonu je v tomto případě nutné provést interní vyšetření.

Do 9. týdne těhotenství operátér vyprazdňuje dutinu děložní pouze tupou kyretou (viz Příloha č. 1 na straně 61), což je okénkový zahnutý nůž o průměru okénka v milimetrech. Průměr zaváděné kyrety odpovídá velikosti a průměru prováděné dilatace. Kyretou operátér odlučuje obsah dutiny děložní (viz Příloha č. 4 na straně 62) a získanou tkáň odesílá na vyšetření. Po skončení výkonu se operátér pomocí malé kyrety přesvědčí, zda je děloha a zejména děložní rohy úplně prázdné.

Mnozí operátéři nejprve odsají plodovou vodu a po té tupou kyretou odloučí plodové vejce od děložní stěny a potratovými kleštěmi plodové vejce vybaví. Operátér zrakem kontroluje části plodového vejce a placenty. Část potom odesílá na mikroskopické histologické vyšetření. Je nutné, aby výkon prováděl zkušený lékař, jelikož při použití potratových kleští může při nešetrném provedení dojít nejen k poranění dělohy, ale také k poranění stěny dělohy a tím i k poranění orgánů dutiny břišní, a to nejčastěji střeva.

Po vyprázdnění dutiny děložní potratovými kleštěmi je pro kontrolu úplného vyprázdnění provedena revize kyretou.

Dilatace děložního hrdla bývá někdy náročnější, a proto se doporučuje pro šetrnější dilataci použít bobtnající tyčinky zvané laminarie (Dilapan). Laminarie jsou zhotovovány z hydrofilních polymerů. Zavádějí se večer před plánovaným výkonem a během noci nabobtnají. Tím se zvětší děložní hrdlo a operátér je před výkonem vytáhne pomocí šňůrky, která je k laminárii připevněna. Použití laminarií je časově i finančně náročnější.

Po skončení výkonu operátér zkontroluje, jestli žena z dělohy nekrvácí, a že je děloha stažena. Anesteziolog ukončí anestézii a žena je do probuzení sledována za současných kontrol krvácení. Po probuzení je pacientka odvezena na lůžkové oddělení, kde je jeden den hospitalizována, v případě komplikací dle potřeby i déle. Při zjištění negativního Rh faktoru je ženě aplikováno do svalu 250 mg anti-D globulinu k prevenci Rh-izoimunizace. Následující den je žena po kontrole s poučením o možných komplikacích propuštěna domů. Komplikace se projevují bolestmi ze stahů dělohy snažící se neodstraněné části vypudit, krvácením či zánětem. Pokud tyto komplikace nastanou, je nutné provést ultrazvuk a následnou revizi dutiny děložní pod clonou antibiotik. Žena je také poučena o správné hygieně a sexuálním uspokojování. Lékař po provedení miniinterrupce nebo interrupce doplní formulář žádosti o interrupci

a originál zaslá na Ústav zdravotnických informací a statistiky Ministerstva zdravotnictví České republiky. Kopie zůstává zdravotnickému zařízení.

Jako při miniinterrupci si ženy berou obvykle na provedení výkonu dovolenou. Jestliže si žena přeje práceneschopnost, lékař ji vystaví a ženu odešle k jejímu gynekologovi. Ten, je-li žena bez komplikací, neschopnost za 3 – 5 dnů ukončí. (1, 4)

Velkým pokrokem v provádění umělého přerušování těhotenství v prvním trimestru se stala možnost jeho ukončení pomocí léku, kdy se nejedná o chirurgický zákrok. Tento lék vyvinuli francouzské firmy Roussel-Uclaf jako RU-486. Jedná se o antiprogesteron a antiglukokortikoid a poprvé o něm bylo referováno v roce 1982. Podstata jeho účinku spočívá v blokádě progesteronových receptorů a díky tomu dojde k ukončení vývoje embrya a k jeho následnému potracení. Tento lék je vyráběn v 200 mg tabletách pod obchodním názvem Mifepristone ve Francii a další název je Mifegyne.

Jeho užití k potratu v prvním trimestru je do 49 dnů, počítáno od prvního dne poslední menstruace. V některých státech je povoleno užití až do 63 dnů. Pokud má žena zájem o tzv. lékový potrat, musí zajít ke svému gynekologovi a ten, pokud neshledá pro tento lék kontraindikace, podá jí 3 tablety po 200 mg v celkové dávce 600 mg a objedná ji za dva dny na kontrolu. V tomto případě se osvědčilo podání prostaglandinu misoprostolu do pochvy formou léku s názvem Cytotec dvě tablety po 200 mikrogramech misoprostolu. Žena se pak dvě hodiny sleduje a během nich většinou spontánně potratí. Po kontrole lékařem je propuštěna domů a na kontrolu se dostaví ke svému gynekologovi za 14 dnů. Pokud se u ženy objeví komplikace, dostaví se ke kontrole ihned. Tento lékový potrat je mnohem bezpečnější než chirurgický.

Ke kontraindikacím použití RU-486 patří mimoděložní těhotenství nebo podezření na ně, nedagnostikovaný nádor přídatku děložních zejména vaječnicků, onemocnění ledvin, astma léčené kortikoidy, krvácivé nemoci, protisrážlivá léčba, vrozená porfyrie či přecitlivělost na RU-486 nebo na prostaglandiny.

Přes všechny výhody tento lékový potrat není dosud v České republice zaregistrován, a proto se tato metoda potratu u nás neprovádí.

Další z možností umělého ukončení těhotenství je podání léku Methotrexatu. Podává se injekčně do svalů, méně často v perorálních tabletách. Dávka je vypočítána

na čtvereční plochu těla ženy, a to 50 mg na 1 m<sup>2</sup> a poté se podává 800 mikrogramů misoprostolu do pochvy.

Tento lék je u nás vyráběn i registrován, ale není zaregistrován k použití umělého přerušení těhotenství, a proto ho gynekologové nevyužívají k interrupci.

Za interrupci od 8. do dokončeného 12. týdne se platí většinou od 3.500 Kč. (1)

### **8.3. Interrupce po 12. týdnu těhotenství**

Umělé ukončení těhotenství po 12. týdnu, což je II. případně i III. trimestr těhotenství, je možné podle současného zákona jen z důvodu, je-li ohrožen život ženy nebo je prokázáno těžké poškození plodu či plod není schopen života. U žen, kde jsou prokázány genetické důvody, lze těhotenství ukončit nejpozději do 24. týdne těhotenství. Umělé ukončení těhotenství v tomto období s sebou přináší vysoká rizika poškození ženy nebo dokonce její smrt. Tyto interrupce jsou u nás prováděny zcela výjimečně, což dokládá statistika vedená Ústavem zdravotnické informace a statistiky.

Interrupce prováděné v tomto období jsou soustředěny do fakultních a krajských nemocnic, kde mají s tímto zákrokem větší zkušenosti a lepší možnosti při zvládnutí komplikací, které mohou nastat. Již při indikaci k těmto interrupcím bývají potíže, jelikož některé ženy i přes všechna poučení tento výkon odmítají z důvodu náboženského. Proto je nezbytně důležité, aby si lékař vyžádal negativní revers, který podepíše kromě ženy ještě rodinný příslušník, lékař a jako svědek osoba z řad zdravotnického personálu. Tím se lékař chrání následným stížnostem a žalobám, které mohou nastat při poškození zdraví nebo i smrti ženy v důsledku odmítnutí interrupce.

Provedení interrupce v II. trimestru těhotenství je velmi rizikové a zatím neexistuje metoda, která by byla pro ženu bezpečná, bezriziková a nezanechala dlouhodobé následky. Chirurgické ukončení menším císařským řezem (sectio minor) se u nás již prakticky neprovádí.

S vývojem prostaglandinů se jeví právě jejich užití v tomto časovém období těhotenství jako nejméně zatěžující a rizikové. Druh prostaglandinů a způsob jejich užití volí provádějící lékař. Nejčastěji používaným prostaglandin je PG E2 nebo PG F2-alfa. Prostaglandin se aplikuje do amniální dutiny za současného podávání do hrdla děložního k jeho zrání. Po dostavení stahů děložních je podána peridurální analgezie a vyčkává se na potrat plodu a placenty. Po té lékař provede instrumentální revizi dutiny děložní a další průběh je shodný jako u předchozích metod. (1, 4, 6)

## 9 Komplikace a problémy spojené s umělým přerušáním těhotenství

Při výkonu nebo ihned po něm může vzniknout celá řada komplikací. Rozdělují se na komplikace bezprostřední, časné a komplikace pozdní.

### 9.1. Bezprostřední komplikace související s UPT

- **Krevní ztráta** – pokud je větší než 500 ml, je považována za komplikaci. Nejčastěji se vyskytuje v pozdní fázi I. trimestru. Její frekvence je v rozmezí mezi 0,17 – 2,0 %.
- **Poranění děložního hrdla** - vzniká nejčastěji při nešetrné nebo větší instrumentální dilataci děložního hrdla, kdy je poranění spojeno s krvácením. Může jít jen o lacerace sliznice anebo proniká až do svaloviny hrdla. Veškeré trhliny, které vzniknou na děložním hrdle, jsou nebezpečím vzniku parametritidy. Za trhliny 3. stupně se považují ty, které zasahují až do parametria, popřípadě do dutiny břišní a je nutné se ihned chirurgicky řešit. Jestliže se jedná o trhliny, které zasahují do krajiny vnitřní branky, dojde k uzavěru děložního hrdla s následným vznikem insuficience při dalších těhotenství. Tuto poruchu v další graviditě řešíme chirurgickým zákrokem Cerclage. Většina trhlín děložního hrdla se hojí spontánně či pomocí konzervativní léčby.
- **Poranění endometria** - vzniká u nešetrných či opakovaných revizí dutiny děložní se vznikem zánětu, který poškodí endometrium. Díky tomuto poškození endometria se mohou později objevit funkční či morfologické poruchy, které jsou následkem trvalé atrofie endometria s adhezemi v dutině děložní (Ashermanův syndrom). Tyto změny mohou vést ke vzniku amenorey či až ke sterilitě ženy.
- **Perforace děložního těla** – lze rozdělit na poranění neúplná (inkompletní), která nezasahují celou tloušťkou dutiny děložní, anebo poranění úplná (kompletní). Pokud dojde k tomuto poranění, je nutné dodržovat následující postup:
  - a) ihned přerušit výkon,
  - b) diagnostikovat poranění jeho typ a rozsah (laparoskopicky i okolní orgány),
  - c) dokončit evakuaci dutiny děložní pod laparoskopickou kontrolou,
  - d) u nekompletních poranění bez většího krvácení zajistit konzervativní léčbu (antibiotika, kontrola teploty, pulzu, krevního tlaku, krvácení, krevního obrazu),
  - e) menší kompletní perforace řešit laparoskopickou suturou,
  - f) větší defekty, doprovázené silným krvácením řešit výjimečně hysterektomií.



Příčinami perforace děložního hrdla mohou být:

- nepříznivé místní podmínky (jizva, zeslabení děložní stěny),
- uložení dělohy (děloha je v ostré fixované retroverzi-flexi),
- nesprávné gynekologické vyšetření,
- nesprávná operační technika.

K perforaci používáme nástroje, jako jsou dilatátory, kyrety, sondy, vakuumaspirační kanyly či potratové kleště. Všechny tyto nástroje jsou vyrobeny v mírném zakřivení k podélné ose dělohy. Jestliže dojde k chybnému zavedení u anteverze-flexe, pak je nejčastěji poraněna zadní stěna děložní naopak při uložení dělohy v retroverzi-flexi, je poraněna přední stěna děložní. Při nesprávném provedení výkonu může dojít k poškození klíček tenkého střeva a vzácně k poškození močového měchýře. (4, 6)

## 9.2. Časné komplikace související s UPT

Do časných komplikací řadíme ty, které se diagnostikují do 6 týdnů po výkonu.

- **Selhání metody** – objevuje se velmi zřídka u děložních anomálií, při kterých dojde k evakuaci netěhotné části dělohy. U nezkušeného operátora může tento omyl nastat i u normální dělohy. Pokračující těhotenství se pak diagnostikuje až po 12. týdnu, pokud není možná zákonná interrupce.

Pokud se jedná o nepoznané mimoděložní těhotenství, je žena po provedení zdánlivé interrupce propuštěna do domácího prostředí, ale za několik dní se ve vážném stavu vrací zpátky do ústavu. Se selháním nebo s přehlédnutím extrauterinních gravidit se nejčastěji setkáváme spíše v raných stádiích těhotenství. V obou případech je výstražným faktorem malé množství odebrané tkáně získané při výkonu. Proto by žena neměla být v žádném případě propuštěna z ústavu, dokud není stanovena přesná diagnóza. Toho docílíme pomocí histologického vyšetření tkáně, kterou jsme získali při výkonu nebo pomocí ultrasonografického vyšetření či určení hladiny hCG v rozmezí 10 – 14 dnů. Sporné případy vyřeší laparoskopie.

- **Residua po umělém ukončení těhotenství** – vznikají po nedostatečném vyprázdnění obsahu dutiny děložní, ve které zůstanou zbytky plodového vejce. Residua po interrupci se klinicky projeví bolestmi, krvácením, zvýšenou teplotou až febrilní, a to zpravidla v prvních dnech po operaci. Někdy diagnózu usnadní údaj ženy o odchodu části lůžka. Palpací zjistíme, že děloha se nezavinuje a hrdlo je pootevřené. Je tedy nutné provést revizi dutiny děložní a vybavení reziduí tupou kyretou. Preventivně podáváme vyšší dávky antibiotik. Pomocí ultrazvuku můžeme zjistit

u neúspěšného provedení výkonu perzistující dokonce i vitální plodové vejce. Tyto příhody se většinou stávají na začátku gravidity a je nutné celý výkon opakovat, protože nemůžeme vyloučit traumatické poškození plodového vejce.

- **Zánětlivé komplikace** – projevují se zvýšenou teplotou, pomalejší involucí dělohy, někdy i krvácením či výtokem, a to v prvních čtyřech dnech po zákroku. Základní laboratorní vyšetření, které se běžně provádí při podezření na zánět, není směrodatné, jelikož zvýšená sedimentace erytrocytů a počet leukocytů bývají zvýšené i u fyziologických těhotenství. Nejčastější diagnózou je parametritis či endometritis. Zánět se léčí hospitalizací pod velkou clonou antibiotik. Lehčí formy lze léčit ambulantně při pracovní neschopnosti. Je-li zjištěn genitální či extragenitální zánětlivý proces už před interrupcí, doporučuje se intenzivní krátkodobá léčba před výkonem. (4, 6, 12)

### 9.3. Pozdní komplikace související s UPT

Patří k nim ty, které se objeví až po skončení 6. týdnů po výkonu. Hodnocení pozdních komplikací je obtížnější než u časných komplikací, jelikož postupem času se mohou objevit nové zevní či vnitřní patogenetické faktory, které ztěžují souvislost s interrupcí.

- **Záněty adnex** – vznikají nejčastěji infiltrací z pochvy či dutiny děložní nebo ze zbytku plodového vejce. Změny adnex, kdy dojde k neprůchodnosti tub, často vedou ke sterilitě ženy. Je zde také velké riziko mimoděložního těhotenství.
- **Poruchy menstruačního cyklu** - průměrná doba nástupu menstruace po interrupci je 33 – 36 dnů. Může dojít ke zvýšenému a prodlouženému krvácení po výkonu. Je důležité ženu upozornit, že může znovu otěhotnět už v prvních týdnech po výkonu. Proto se doporučuje, nasadit hormonální antikoncepci ihned po interrupci.
- **Riziko interrupce pro následující graviditu** - ženy, které předchozí těhotenství uměle přerušily, mají větší pravděpodobnost, že jejich budoucí těhotenství skončí potratem ve II. trimestru nebo porodem dítěte s nižší porodní hmotností. Ojedinelé také nejsou některé porodní komplikace.
- **Interrupce u Rh-negativních žen** - ženám, které jsou Rh-negativní a podstoupí umělé přerušování těhotenství, hrozí Rh-izoimunizace. Toto nebezpečí vzniká přestupem fetálních erytrocytů do krevního oběhu matky a dochází k hemolytickým chorobám novorozence. Tento problém především nastává při instrumentální revizi dutiny děložní. Proto se od 8. týdne těhotenství u těchto rizikových žen aplikuje

nejpozději do 72 hodin imunoglobulin gama-anti D (Rh-0). Tento imunoglobulin se také aplikuje ve stejné dávce po porodu u Rh-negativních žen, které porodily Rh-pozitivní plod ABO kompatibilní.

- **Neplodnost** - sekundární neplodnost vzniká jednak poškozením endometria nešetrou kyretází či zánětlivým uzávěrem vejcovodů. Při poškození endometria může dojít až k anatomickým změnám (Ashermanův syndrom). Uzávěr vejcovodů se často zjišťuje později při hysterosalpingografickým vyšetřením, což se projevuje následnou sterilitou ženy.
- **Mortalita** - je při UPT závislá na řadě faktorů (společenský, stáří těhotenství, vedlejší onemocnění ženy, technika výkonu, legalizace potratu). Některé rizikové faktory se objevují samostatně nebo na sebe společně působí. Mortalita je však při UPT v dnešní době velmi ojedinělá pokud jsou splněny všechny faktory UPT. (4, 6, 12)

#### **9.4. Psychické komplikace související s UPT**

Psychologické komplikace jsou spojeny s rozhodováním o interrupci. Jedná se o rozhodnutí, které ženy ovlivní na celý život. Žena může pociťovat při svém rozhodování tlak rodiny, přítele, přátel či tlak z náboženských nebo zdravotnických podnětů. Díky těmto podnětům žena může pociťovat pocit viny a výčitky svědomí. Proto se snažíme ženu v této situaci podpořit a pomoci jí.

**Post abortivní syndrom (PTSD, PAS)** - tento název se používá pro citové a psychologické poškození, kterým žena trpí po interrupci. Náhodná studie zjistila, že minimálně 19 % žen trpí po provedeném UPT post abortivním syndromem, asi polovina měla více příznaků PAS a u 20 – 40 % se potvrdila střední až vysoká stadia stresu a vyhubavého chování spojená s jejich zážitkem.

Hlavními symptomy PAS jsou velké vyburcování, vniknutí a sevření.

- **Velké vyburcování** - je charakteristické pro chronicky vyburcovaný obranný mechanismus, kdy osoba je stále ve střehu kvůli hrozícímu nebezpečí.

Do symptomů velkého vyburcování u PAS se řadí:

- přeháněné a vyplašené odpovědi,
- převládající nespavost a potíže při usínání či při spánku,
- nefyziologické reakce v situacích, které připomínají traumatický zážitek tzv. pocení nebo bušení srdce, když slyší vysavač nebo během vyšetření pánve.

➤ **Vniknutí** - je znovuprožití traumatické události v nechtěných či nečekaných situacích.

Do symptomů vniknutí u PAS se řadí:

- vracející se vzpomínky, ve kterých žena na okamžik prožívá znovu negativní událost,
- vracející se dotěrné myšlenky o potratu nebo potraceném dítěti,
- pocit deprese nebo zármutek v den potratu nebo v den porodu.

➤ **Sevření** - znamená znecitlivění, kdy si žena vypěstuje určité chování, aby se vyhnula podnětům, které souvisí s traumatem. Jedná se tedy o pokus zapření či vyhýbání se negativním pocitům, lidem, místům nebo věcem, které zhoršují negativní pocity související s traumatem.

Do symptomů sevření u PAS se řadí:

- neschopnost vzpomenout si na potrat či jeho důležité části,
- vyhýbání se přátelům a dětem,
- pokusy vyhnout se situacím, které vyvolávají negativní vzpomínky na potrat,
- zmenšený zájem o předchozí záliby,
- snížená schopnost mít někoho rád,
- zneužívání drog a alkoholu,
- sebevražedné myšlenky nebo pokusy o sebevraždu či jiné sebepoškozování.

U mnoha žen se PAS může objevit až po několika letech a jestliže žena nenavštíví poradnu a nedojde k náležitému uzdravení, pak může PAS způsobit psychickou neschopnost. Potom je velmi složité vrátit ženu zpět do normálního života. (9)

## 9.5. Problémy u žen po potratu

➤ **Sexuální dysfunkce** - asi 30 – 50 % žen má po potratu krátkodobé či dlouhodobé sexuální problémy, které se objevují ihned po potratu. Do sexuálních dysfunkcí můžeme řadit například odpor k sexu či k mužům, větší bolest, ztráta potěšení z pohlavního styku.

➤ **Pokusy o sebevraždu** - asi 60 % žen má po potratu sklony k sebevraždě. Kdy 28 % žen se pokusilo o sebevraždu a polovina z nich se o to pokusila dvakrát i vícekrát. Pokusy o sebevraždu se objevují častěji u dospívajících dívek po potratu.

➤ **Zvýšené kouření a jeho negativní dopad na zdraví** - ženy po potratu mají větší pravděpodobnost, že se stanou silnými kuřačkami, a proto nastávají velká zdravotní

rizika pro poškození zdraví ženy. Ženy jsou více náchylné ke kouření v další graviditě, kde je riziko předčasné smrti dítěte nebo jeho vrozených anomálií.

- **Zneužití alkoholu** - UPT má také negativní dopad na rizika, která se projevují zvýšeným zneužíváním alkoholu. Při tomto negativním riziku dochází k násilnému chování, dopravním nehodám, ztrátě zaměstnání, rozvodům či odloučením partnerů.
- **Zneužití léků** - velkou souvislost s potratem také nese zneužívání léků, které mají nejen negativní dopad na psychosociální stránku, ale je také spojováno s rizikem infekcí, jako jsou HIV či AIDS, mohou se také objevit vývojové deformace plodu nebo žena, která užívá léky, může napadat i jiné osoby a způsobit jim ublížení na zdraví jak ze strany psychické, tak ze strany fyzické.
- **Zanedbání dítěte nebo jeho zneužívání** – UPT snižuje mateřskou lásku k dětem, které se narodí po potratu. Proto jsou tyto faktory úzce spojeny se zanedbáváním nebo dokonce zneužíváním dítěte.
- **Rozvod a problémy ve vztazích** - pro mnoho párů působí potrat nepředvídatelné problémy v jejich vztahu. Tyto páry jsou vystaveny většímu nebezpečí, že se rozvedou nebo se rozejdou. UPT způsobuje ženám dlouhotrvající neschopnost vytvoření trvalého partnerského vztahu. Tento problém lze vysvětlit po-potratovými reakcemi jako je snížení sebeúcty, větší nedůvěra k mužům, zneužívání majetku, sexuální dysfunkce, zvýšení deprese, hněvu a úzkosti. Ženy po více jak jednom potratu mají větší požadavek na veřejnou pomoc, kdy se pravděpodobně stanou svobodnými matkami. (9)

## 9.6. Prevence komplikací a problémů po provedeném UPT

Prevenci proti komplikacím UPT lze rozdělit na opatření před operací, opatření v době provádění výkonu a opatření po výkonu.

Před výkonem je důležité odhalit zánětlivá ložiska, která se rychle šíří, pokud jsou zjištěna, tak je nejprve kompenzovat a až potom provést výkon UPT.

V době výkonu musíme dodržovat správnou techniku UPT a snažíme se ho provést v raných stádiích těhotenství. Je důležité, aby evakuace dutiny děložní byla úplná, čímž se sníží počet zánětlivých komplikací a reziduí.

V pooperačním období je nutné dodržovat správnou životosprávu a pohlavní abstinenci. (9)

## 10 Vliv náboženství

Postoj různých náboženství k UPT vychází z pojmu lidské bytosti. Žádné náboženství nemá pevné stanovisko k UPT s výjimkou římskokatolické církve.

Někteří teologové usuzují, že embryo se stává člověkem, když matka začne cítit první pohyby. Jiní zase usuzují plod podle známek života (dýchání, pohyby) a další až po narození plodu či za několik týdnů po narození.

Stanovisko všech náboženství se měnilo podle historické doby a podle náboženských vůdců.

Teologové katolické církve do 19. století učili, že za zárodek byl považován ten, který má lidský tvar, což znamenalo, že UPT před oduševněním se nepokládalo za zabití. Toto prohlášení v roce 1869 papež Pius IX. zrušil a prohlásil, že lidskou bytostí je zárodek v okamžiku koncepce. Proto římskokatolická církev zaujímá negativní stanovisko k UPT, a to i v případě jedná-li se o ohrožení života či zdraví ženy. I předchozí papež Jan Pavel II. zastával pevné, záporné stanovisko k UPT, avšak i přes to došlo k vydání potratového zákona, který byl pod vlivem katolické církve.

Protestantská církev zaujímá mnohem liberálnější stanovisko k UPT. Teoretické vysvětlení spočívá v tom, že bible se otázkou UPT přímo nezabývá, a proto většina protestantských církví připouští UPT jako metodu regulace plodnosti. Jen některé menší církve odmítají liberalizaci zákona.

Z hlediska muslimského náboženství se UPT považuje za nemorální, aby se výkon prováděl, jakmile se plod začne pohybovat. Výjimka UPT je připouštěna pouze v případech, kdy by mohlo dojít k ohrožení života ženy. Nejpokrokovější muslimskou zemí z hlediska postoje k UPT je Tunis, kde liberální potratový zákon platí od roku 1973.

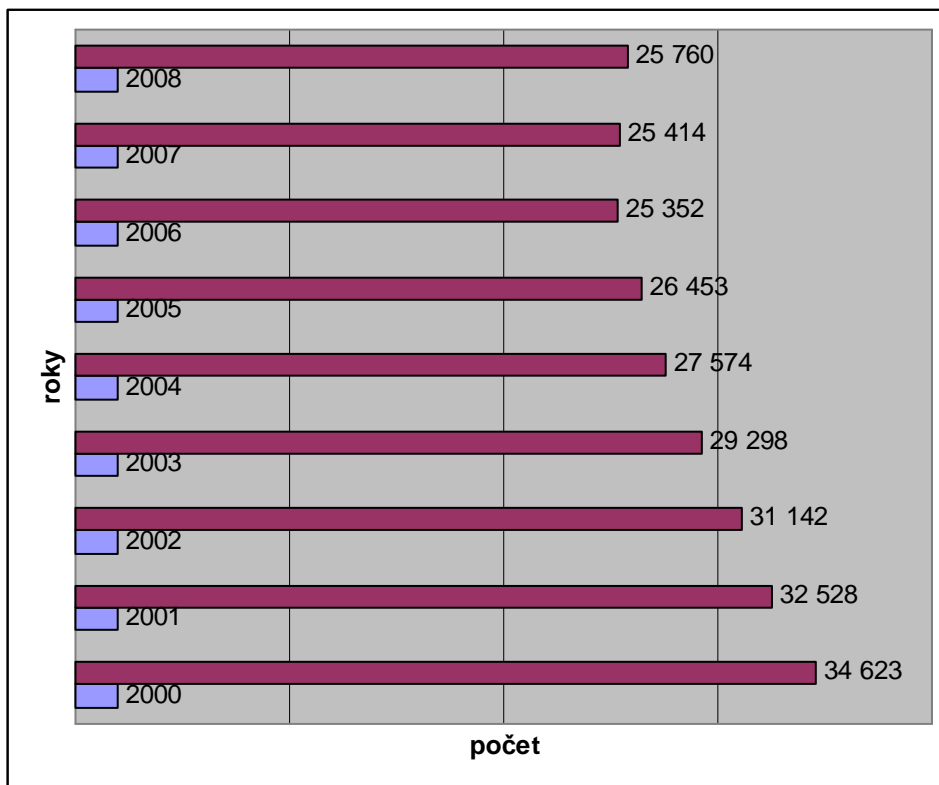
Hinduismus a buddhismus byly ve své zásadě UPT tolerantnější než křesťané a Islám. (1, 6)

## 11 Statistické údaje interrupcí v České republice

Potraty jsou u nás legalizovány od roku 1958. Od počátku devadesátých let začaly klesat jak počty potratů, tak i počty narozených dětí. U obou případů docházelo k nejprudšímu poklesu do roku 1995. Od roku 1996 do roku 1999 se počty narozených dětí snižovaly a naopak od roku 2000 začaly slabě narůstat. Umělých přerušeni těhotenství nadále zdatelně rok od roku ubývalo. V roce 2005 bylo evidováno 26 453 interrupcí a v roce 2006 byl počet umělých přerušeni těhotenství 25 352, což je ve srovnání s rokem 2005 o 1 101 potratů méně. Naopak v roce 2007 bylo provedeno 25 414 interrupcí, což je mírný nárůst oproti předchozímu roku. V roce 2008 bylo statistickým úřadem evidováno 25 760 umělých přerušeni těhotenství, což je o 346 interrupcí více než v roce 2007. (viz graf č. 1)

V České republice nadále převažuje model dvou dětí, proto bývá u žen se dvěma dětmi často třetí dítě nežádoucí. V minulosti se často ženy – matky přikláněly k interrupci a v současnosti svou situaci více řeší antikoncepcí. (1, 13)

Graf č. 1 – Statistické údaje interrupcí v České republice



## 12 Průzkum

### 12.1. Popis řešení a výsledky vlastního průzkumu

Námět a průzkumný problém

- Zjistit důvody, pro které ženy podstupují umělé přerušování těhotenství.

Dosavadní stav poznání

- K danému tématu jsou publikovány poznatky.
- V praxi již bylo dosaženo poznatků.

Cíl a hodnota průzkumu

Cílem průzkumného šetření je zjistit, z jakých nejčastějších příčin podstupují ženy umělé přerušování těhotenství a jaká je nejpoužívanější metoda tohoto zákroku.

Zkoumaná oblast:

- ženy - pacientky z gynekologického - pooperačního oddělení Fakultní Thomayerovy nemocnice v Praze.

Zkoumaný soubor

- Průzkum bude cílený.
- Základní soubor jsou ženy na gynekologickém – pooperačním oddělení.
- Výběr zkoumaného souboru bude náhodný.
- Velikost vzorku – 60 dotazovaných žen.
- Návratnost dotazníku 100 %.

Časové rozmezí

- Průzkumné šetření bude prováděno v období 1. 11. 2008 – 31. 1. 2009.

Metody a techniky

- Při průzkumném šetření je použito dotazníkové metody.
- Dotazník je nestandardizovaný.
- Pro zpracování a vyhodnocení je použito uzavřených a polouzavřených otázek.
- Dotazník obsahuje 12 otázek.



#### Průzkumný tým

- Individuální průzkum.
- Zpracovatel – Kroupová Kateřina.

#### Zpracování

- Získaná data budou zodpovědně vytříděna a zpracována kvantitativní metodou vyjádřena v %.
- Jednotlivé otázky z dotazníku budou zpracovány do přehledných grafů a tabulek s % vyjádřením.

#### Organizační zabezpečení

- Zvolený časový prostor je 3 měsíce.
- Průzkumné šetření bude financováno z vlastních prostředků průzkumníka.

### **12.2. Hypotézy**

**H1** – Předpokládám, že nejčastěji ženy podstupují umělé přerušování těhotenství z důvodu nedostatečného finančního zajištění.

**H2** – Domnívám se, že nejčastěji ženy tento výkon podstupují do 8. týdne těhotenství.

**H3** – Předpokládám, že umělé přerušování těhotenství podstupují nejčastěji ženy ve věku 15 – 20 let.

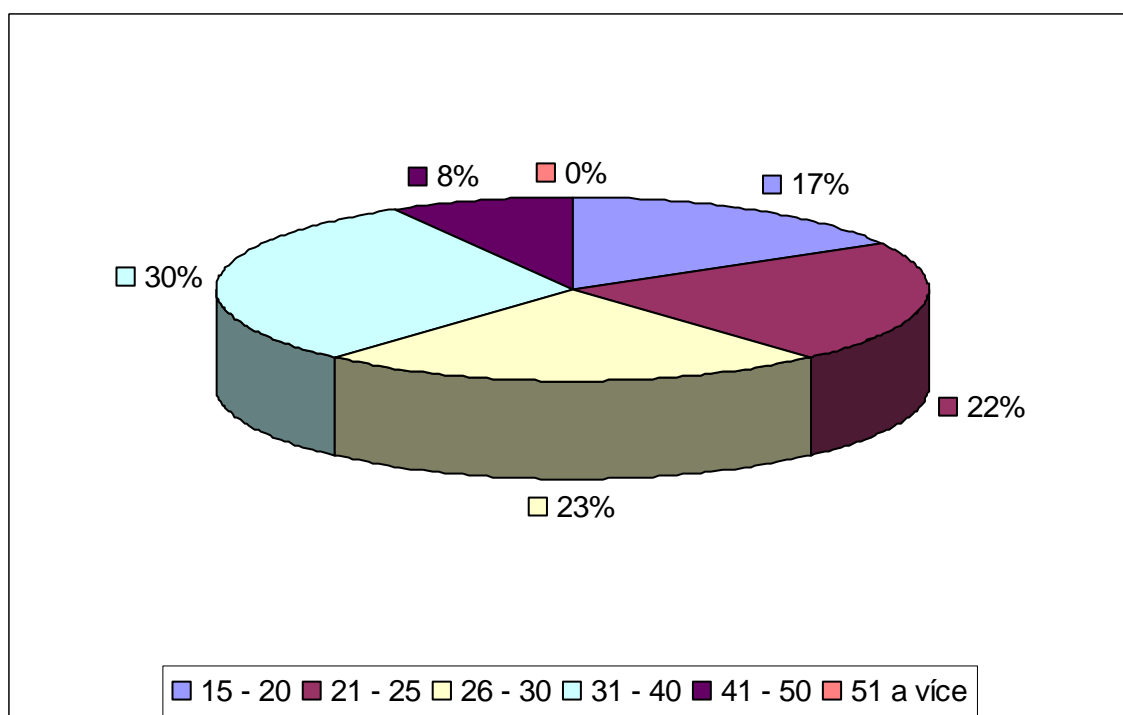
## 13 Vyhodnocení dotazníku

Otázka č. 1) Kolik je Vám let?

Tabulka č. 1: Věk respondentek

Věk respondentek	Absolutní četnost	Relativní četnost
15 - 20	10	17 %
21 - 25	13	22 %
26 - 30	14	23 %
31 - 40	18	30 %
41 - 50	5	8 %
51 a více	0	0 %
celkem	60 žen	100 %

Graf č. 1: Věk respondentek



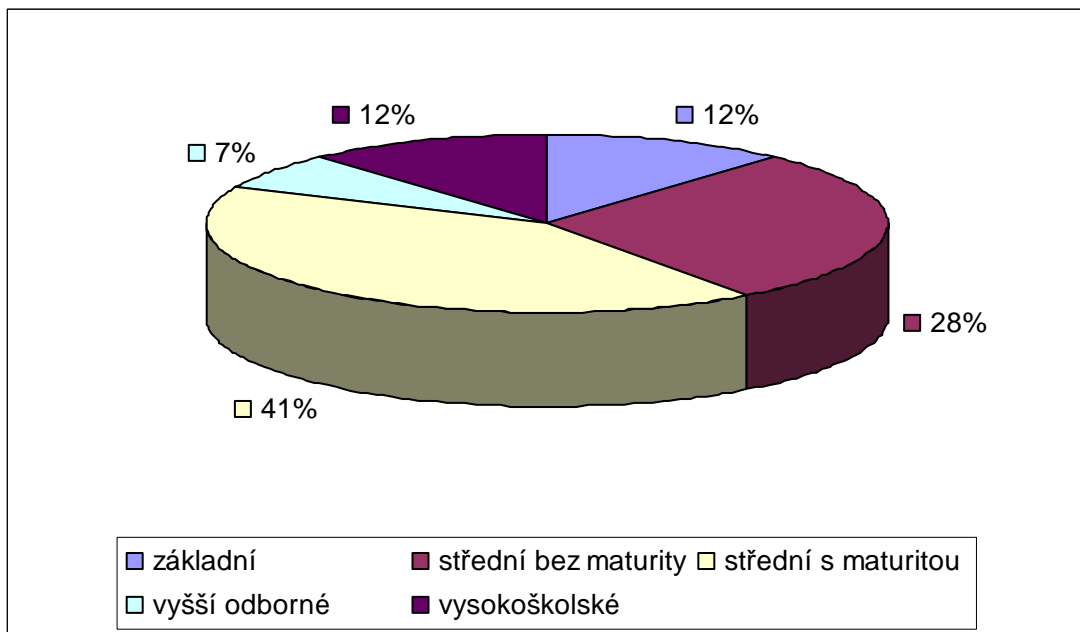
Z 60 ti dotazovaných žen (100 %) na otázku číslo 1. odpovědělo 18 žen (30 %), že jejich současný věk je 31 – 40 let. Méně žen odpovídajících na tuto otázku, tj. 14 žen (23 %) bylo ve věku 26 – 30 let. Pouze 5 žen (8 %) vyplnilo dotazník ve věku 41 – 50 let. Dotazník nevyplnila žádná žena starší 51 let.

## Otázka č. 2) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka č. 2: Vzdělání

Vzdělání	Absolutní počet	Relativní počet
základní	7	12 %
střední bez maturity	17	28 %
střední s maturitou	25	41 %
vyšší odborné	4	7 %
vysokoškolské	7	12 %
celkem	60 žen	100 %

Graf č. 2: Vzdělání



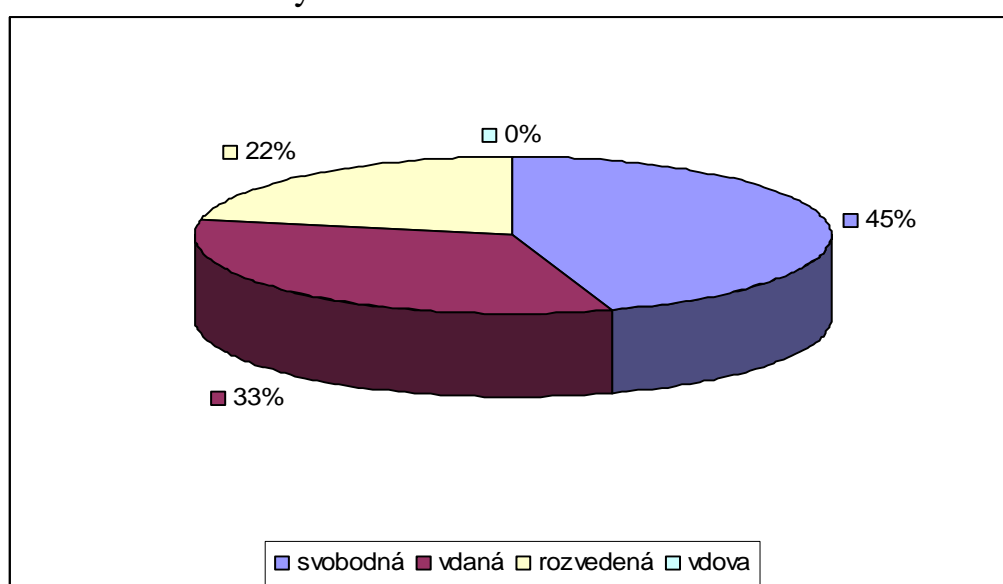
Největší skupinu z celkového počtu dotazovaných žen, tvoří v 41 % ženy se středoškolským vzděláním s maturitou. Takto odpovědělo 25 žen z 60 ti. Nejmenší počet dotazovaných žen, (7 %), které dotazník vyplňovaly, byly ženy s vyšším odborným vzděláním. Jako třetí v pořadí ženy v dotazníku shodně uvedly, že jejich nejvyšší dosažené vzdělání je základní anebo vysokoškolské, což u obou skupin bylo 12 % žen.

### Otázka č. 3) Jaký je Váš rodinný stav?

Tabulka č. 3: Rodinný stav

Rodinný stav	Absolutní četnost	Relativní četnost
svobodná	27	45 %
vdaná	20	33 %
rozvedená	13	22 %
vdova	0	0 %
celkem	60 žen	100 %

Graf č. 3: Rodinný stav



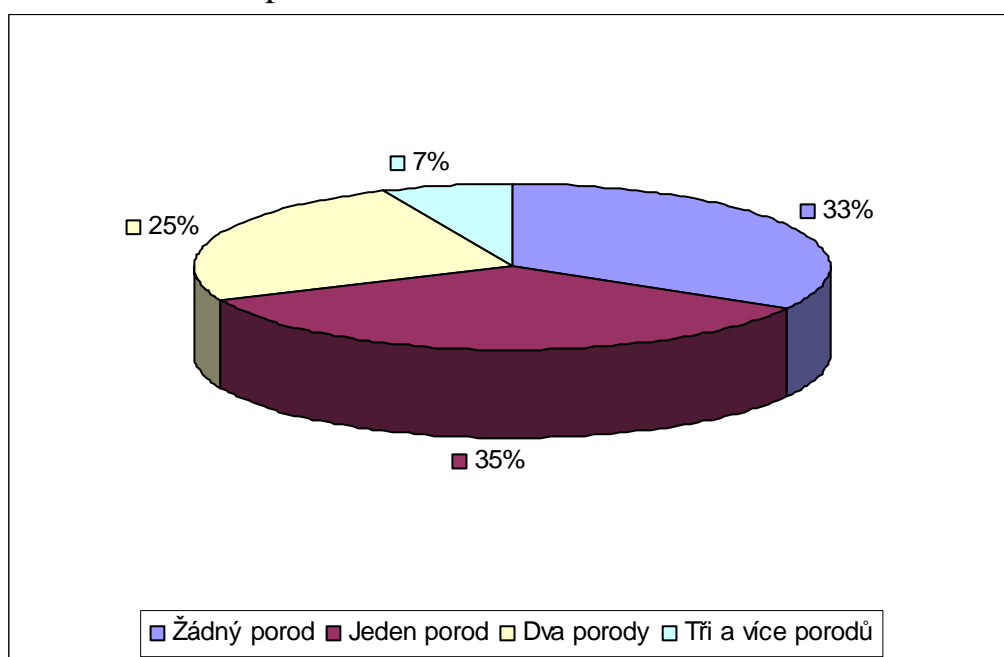
K rodinnému stavu se v dotazníku vyjádřilo celkem 60 žen (100 %), z toho 27 žen, tj. 45 % podstoupilo umělé přerušování těhotenství ve stavu svobodném. Z dotázaných bylo 20 žen, tj. 33 % vdaných a pouze 13 žen, tj. 22 % uvedlo, že jsou rozvedené. Dotazník nevyplnila žádná vdova.

#### Otázka č. 4) Kolikrát jste rodila?

Tabulka č. 4: Počet porodů

Počet porodů	Absolutní počet	Relativní počet
žádný porod	20	33 %
jeden porod	21	35 %
dva porody	15	25 %
tři a více porodů	4	7 %
celkem	60 žen	100 %

Graf č. 4: Počet porodů



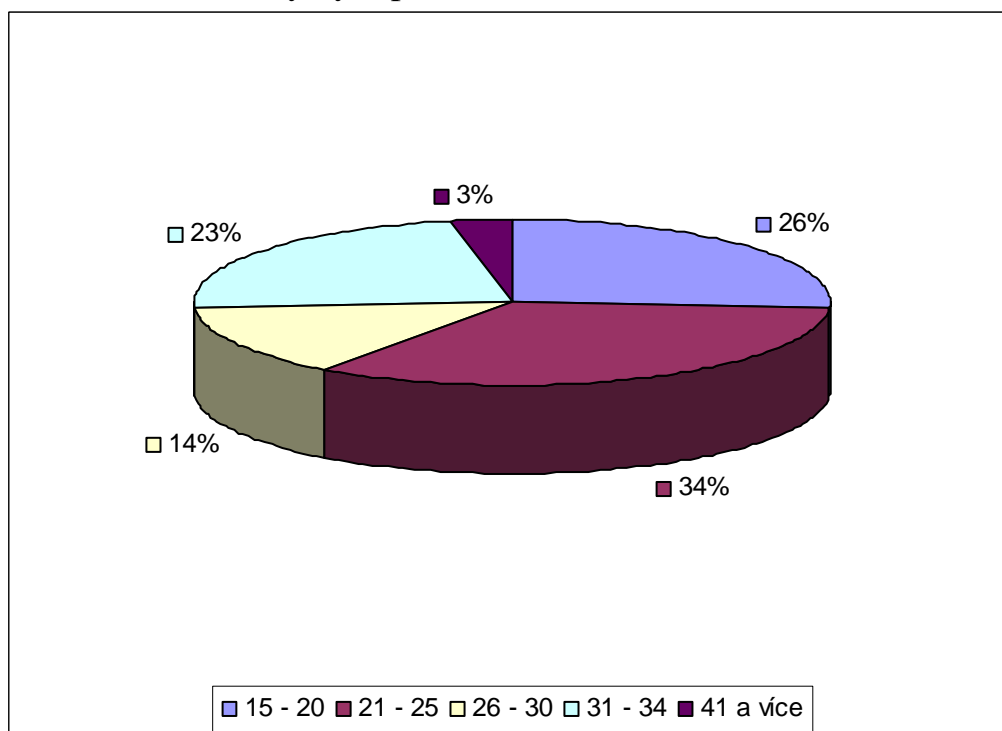
Na otázku č. 4, vztahující se k počtu porodů, napsalo celkem 21 žen, tj. 35 %, že před provedením umělého přerušování těhotenství rodily pouze jedenkrát. Dotazník vyplnilo 20 žen, tj. 33 %, které před výkonem neměly žádný porod a 15 žen, tj. 25 % se dvěma porody. Tři a více porodů uvedly 4 ženy, tj. 7 %.

Otázka č. 5) V kolika letech jste podstoupila umělé přerušování těhotenství?

Tabulka č. 5: Věk kdy bylo provedeno UPT

Věk	Absolutní počet	Relativní počet
15 - 20	17	26 %
21 - 25	22	34 %
26 - 30	9	14 %
31 - 34	15	23 %
41 a více	2	3 %
celkem	65 žen	100 %

Graf č. 5: Věk kdy bylo provedeno UPT



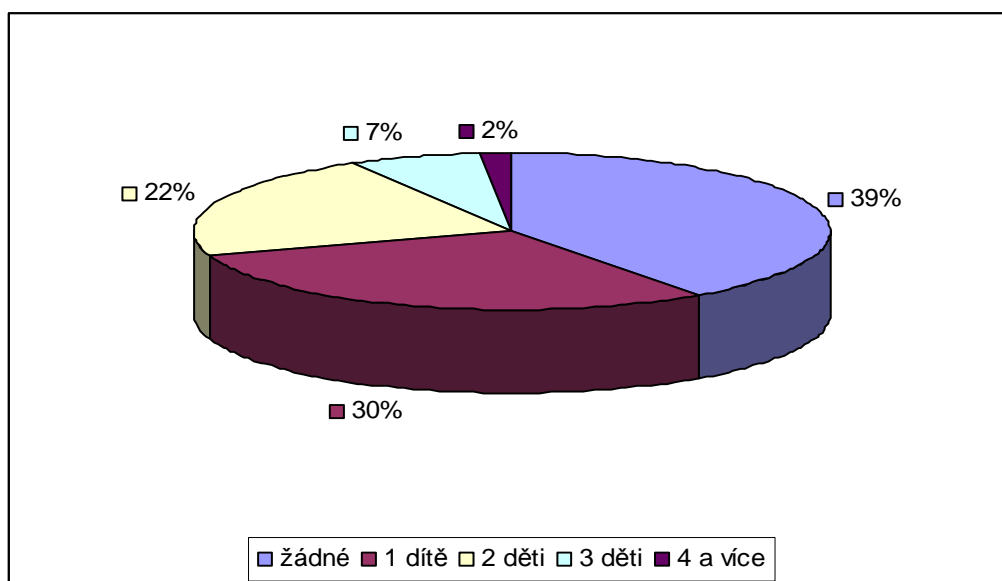
Z dotazovaných 60 ti (100 %) žen odpovědělo 5 žen vícekrát na otázku číslo 5. Důvodem vyššího počtu odpovědí je, že některé ženy podstoupily umělé přerušování těhotenství vícekrát, a to v průběhu různých věkových kategorií. Celkem tedy bylo v dotazníku uvedeno 65 odpovědí. Nejvyššího počtu odpovědí bylo získáno od žen ve věkové kategorii 21 – 25 let, kde odpovědělo 22 žen, tj. 34 %. Nejméně odpovědí bylo od žen ve věku 41 a více, tj. 3 %.

### Otázka č. 6) Kolik jste v té době měla již dětí?

Tabulka č. 6: Počet dětí

Počet dětí	Absolutní počet	Relativní počet
žádné	24	39 %
1 dítě	18	30 %
2 děti	13	22 %
3 děti	4	7 %
4 a více dětí	1	2 %
celkem	60 žen	100 %

Graf č. 6: Počet dětí



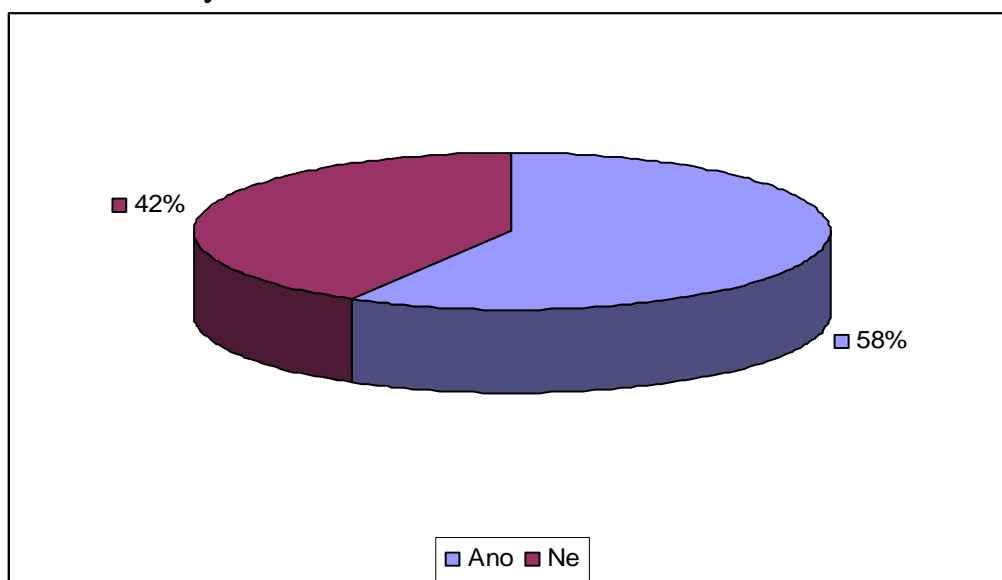
V otázce č. 6 bylo zjišťováno, kolik dětí již ženy měly, než podstoupily interrupci. Z dotazovaných 60 ti žen nejvíce odpovědělo 24 žen, tj. 39 %, že dosud nemají žádné dítě. 18 žen, tj. 30 % se rozhodlo pro umělé přerušování těhotenství s jedním dítětem a jedna žena, tj. 2 % v dotazníku uvedla, že podstupuje výkon se čtyřmi a více dětmi.

## Otázka č. 7) Měla jste v té době vhodné bydlení?

Tabulka č. 7: Bydlení

Bydlení	Absolutní počet	Relativní počet
ano	35	58 %
ne	25	42 %
celkem	60 žen	100 %

Graf č. 7: Bydlení



Z celkového počtu dotazovaných 60 ti žen na otázku číslo 7. týkající se vhodného bydlení, překvapivě více žen, tj. 35 žen odpovědělo, že jejich rozhodnutí nebylo ovlivněno nevhodným nebo nedostačujícím bydlením. Menší počet žen, tj. 25 žen mělo v době svého rozhodnutí problémy s bydlením. V této otázce jsem očekávala, že vyšší počet odpovědí bude u žen s nevhodným bydlením.

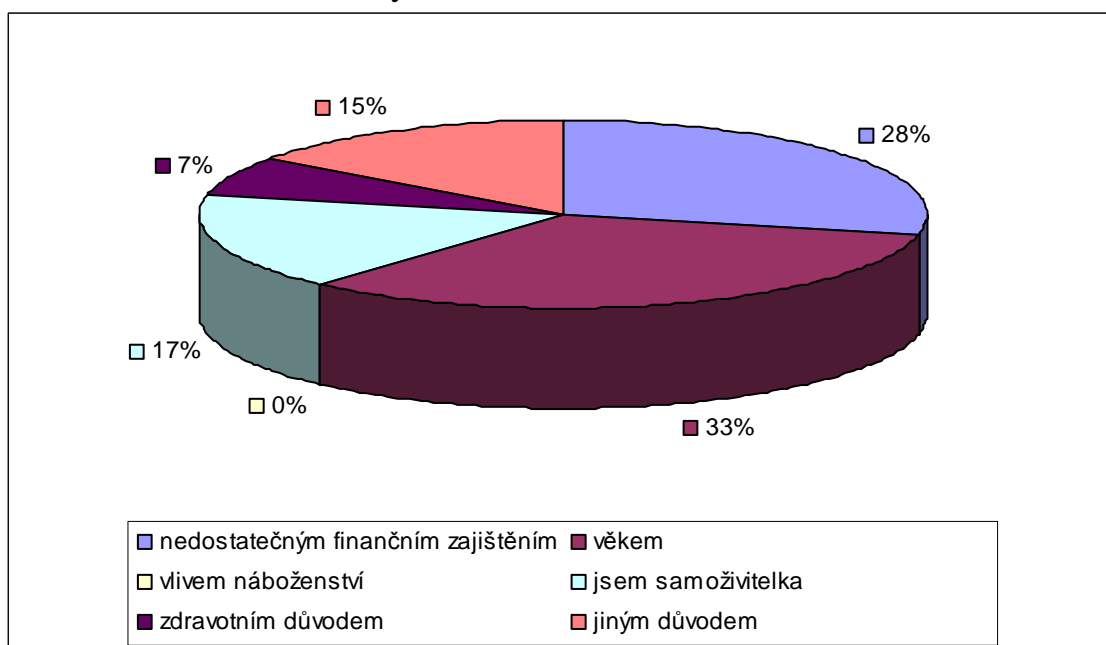


## Otázka č. 8) Čím bylo Vaše rozhodnutí ovlivněno?

Tabulka č. 8: Rozhodnutí bylo ovlivněno

Rozhodnutí bylo ovlivněno	Absolutní počet	Relativní počet
nedostatečným finančním zajištěním	17	28 %
věkem	20	33 %
vlivem náboženství	0	0 %
jsem samoživitelka	10	17 %
zdravotním důvodem	4	7 %
jiným důvodem	9	15 %
celkem	60 žen	100 %

Graf č. 8: Rozhodnutí bylo ovlivněno



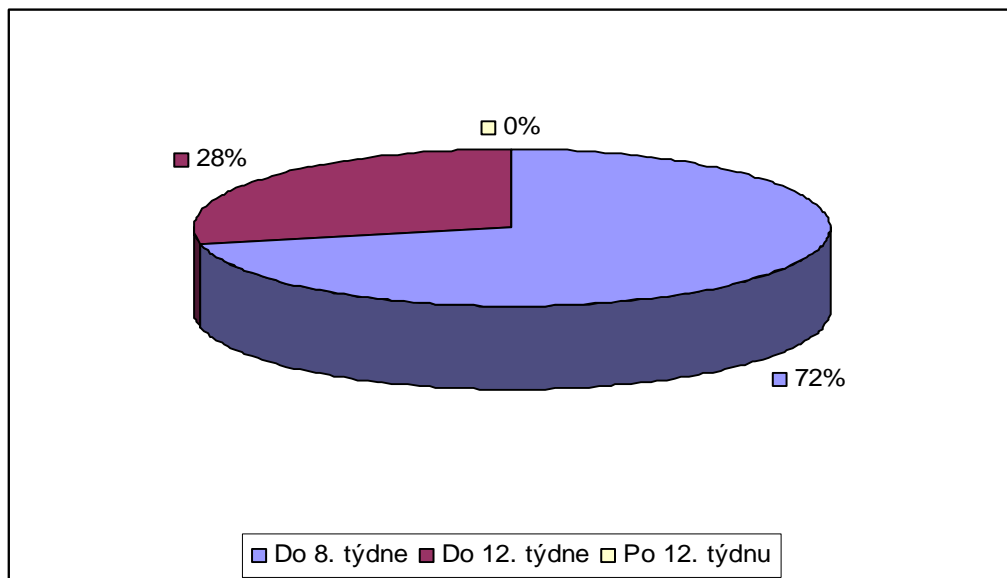
Jako nejdůležitější důvod pro provedení interrupce uvedla třetina dotazovaných žen jejich věk. Dalších 17 žen v dotazníku uvedlo, že se k výkonu rozhodly pro nedostatečné finanční zajištění. Zdravotní důvody byly příčinou provedení interrupce pouze u 4 žen. Náboženskými důvody nebyla k tomuto výkonu ovlivněna žádná žena.

Otázka č. 9) V kolikátém týdnu bylo provedeno umělé přerušování těhotenství?

Tabulka č. 9: Týden UPT

Týden UPT	Absolutní počet	Relativní počet
do 8. týdne	43	72 %
do 12. týdne	17	28 %
po 12. týdnu	0	0 %
celkem	60 žen	100 %

Graf č. 9: Týden UPT



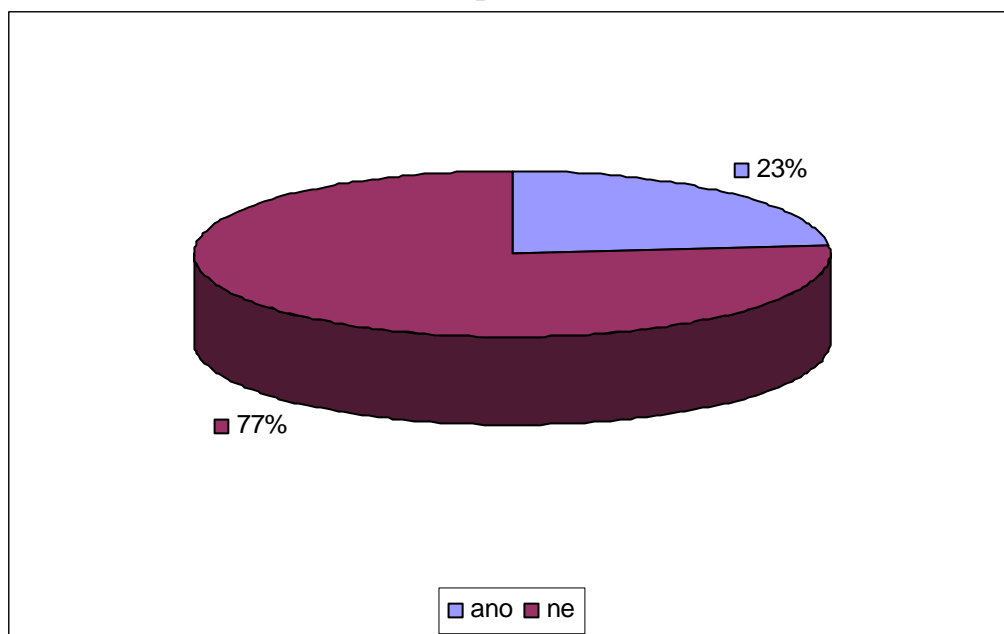
Většině z dotazovaných žen byla interrupce provedena do osmého týdne těhotenství. Z celkového počtu 60 ti žen takto odpovědělo 72 %, tj. 43 žen. Ostatním dotazovaným ženám byla interrupce provedena do dvanáctého týdne. Žádná žena v dotazníku neuvědla, že by se pro tento výkon rozhodla až po dvanáctém týdnu.

## Otázka č. 10) Používala jste antikoncepci?

Tabulka č. 10: Užívání antikoncepce

Užívání antikoncepce	Absolutní počet	Relativní počet
ano	14	23 %
ne	46	77 %
celkem	60 žen	100 %

Graf č. 10: Užívání antikoncepce



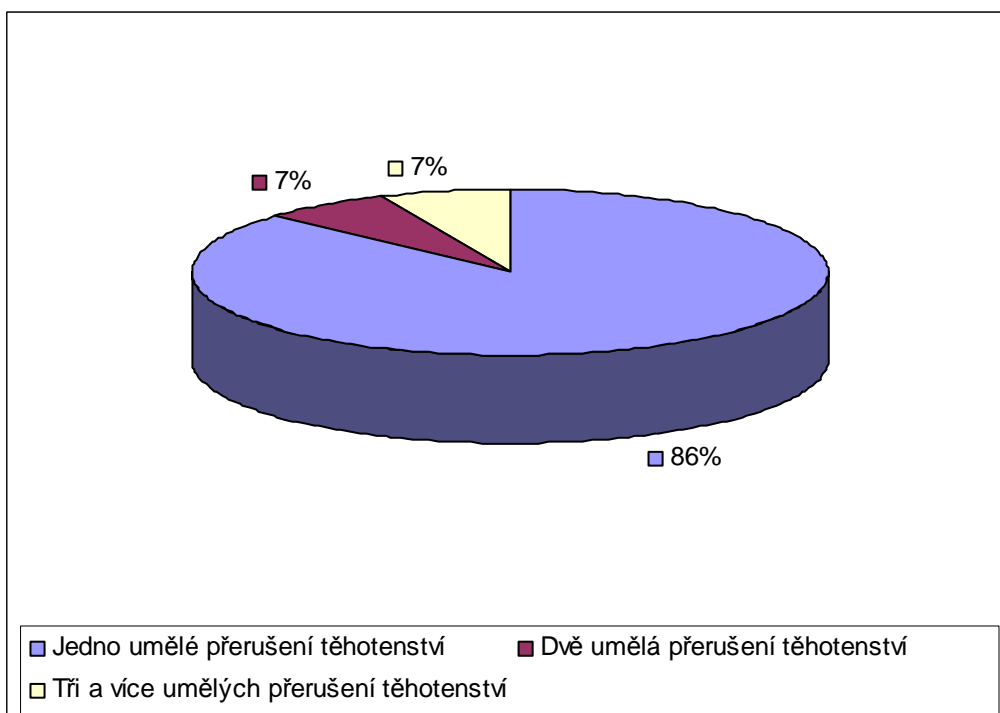
Nepoužívání vhodné antikoncepce bylo u dotazovaných žen hlavním důvodem neplánovaného otěhotnění. Celkem 46 žen odpovědělo, že v době otěhotnění antikoncepci neužívalo, naopak 14 žen, tj. 23 % odpovědělo, že antikoncepci užívalo. Příčinou jejich otěhotnění bylo, podle mého názoru, nesprávné užívání antikoncepce nebo nerespektování pokynů lékaře anebo nedodržování správné životosprávy (alkohol, cigarety, event. drogy).

Otázka č. 11) Kolikrát jste byla na umělém přerušení těhotenství?

Tabulka č. 11: Počet UPT

Počet UPT	Absolutní počet	Relativní počet
jedno umělé přerušení těhotenství	52	86 %
dvě umělá přerušení těhotenství	4	7 %
tři a více umělých přerušení těhotenství	4	7 %
celkem	60 žen	100 %

Graf č. 11: Počet UPT



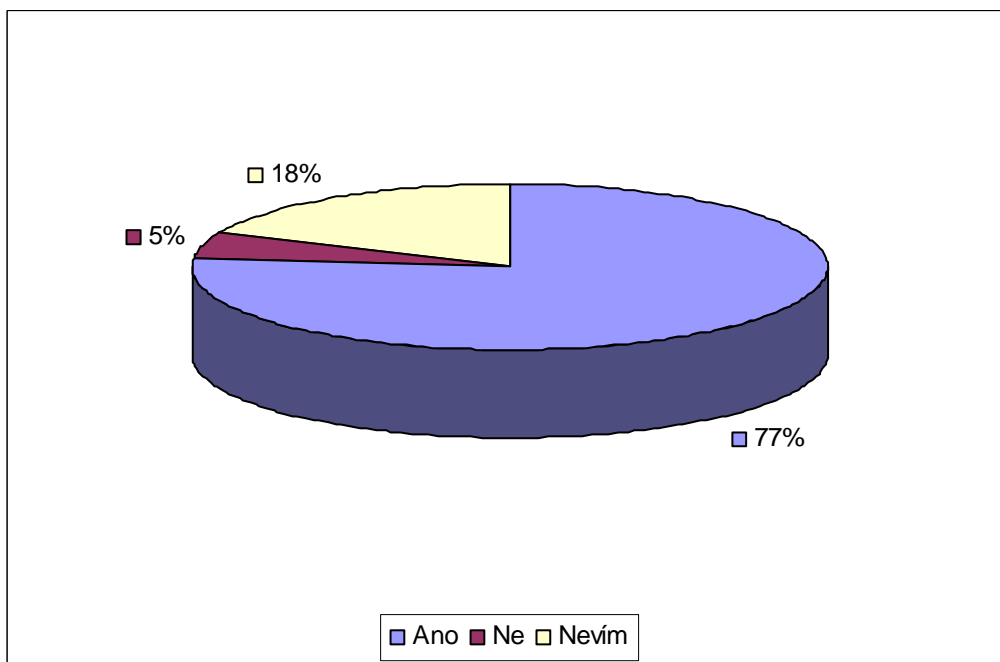
Na počet uměle přerušených těhotenství se dotazovala otázka č. 11. Většina dotazovaných žen, tj. 86 % ve svých odpovědích napsala, že tento výkon byl u nich proveden pouze jedenkrát. Zbylé dvě skupiny uvedly stejný počet odpovědí. Čtyři ženy podstoupily výkon dvakrát a stejný počet žen třikrát a vícekrát.

Otázka č. 12) Uvažovala byste o umělém přerušení těhotenství v případě znásilnění?

Tabulka č. 12: UPT v případě znásilnění

UPT v případě znásilnění	Absolutní počet	Relativní počet
ano	46	77 %
ne	3	5 %
nevím	11	18 %
celkem	60 žen	100 %

Graf č. 12: UPT v případě znásilnění



Z celkového počtu 60 ti žen se 46 žen tj. 77 % rozhodlo, že by podstoupilo umělé přerušení těhotenství v případě, jestliže by k otěhotnění došlo po znásilnění. Menší počet žen, tj. 18 % nevědělo, jak by se v této situaci rozhodlo. Jen 3 ženy, tj. 5 %, by o tomto výkonu neuvažovaly.

### **13.1. Vyhodnocení hypotéz**

**H1** – Předpokládám, že nejčastěji ženy podstupují umělé přerušování těhotenství z důvodu nedostatečného finančního zajištění.

Průzkum nepotvrdil výše uvedenou hypotézu v plné míře. To je rozpoznatelné z tabulky číslo 8, kdy z celkového počtu 60 ti žen odpovědělo pouze 17 žen, že jejich rozhodnutí pro umělé přerušování těhotenství bylo z důvodu nedostatečného finančního zajištění. Naopak mě překvapilo, že nejčastější důvod proč se ženy rozhodnou pro tento výkon je z důvodu věku. Takto odpovědělo 20 žen z celkového počtu 60 ti žen. Stanovením této hypotézy jsem, ale také nepředpokládala, že ze zdravotních důvodů podstoupily při mém průzkumu výkon pouze 4 ženy.

**H1** se nepotvrdila.

**H2** – Domnívám se, že nejčastěji ženy tento výkon podstupují do 8. týdne těhotenství.

Průzkum potvrdil výše uvedenou hypotézu v plné míře. V tabulce číslo 9 je dobře zřetelný výsledek této hypotézy, kdy z celkového počtu 60 ti žen odpovědělo 43 žen, že podstoupily umělé přerušování těhotenství do 8. týdnů. Menší počet, tedy 17 žen odpovědělo, že k tomuto výkonu došlo do 12. týdnů a naopak žádná žena, která vyplňovala dotazník, nepodstoupila umělé přerušování těhotenství po 12. týdnu těhotenství.

**H2** se potvrdila.

**H3** – Předpokládám, že umělé přerušování těhotenství podstupují nejčastěji ženy ve věku 15 – 20 let.

Průzkum nepotvrdil výše uvedenou hypotézu. Z tabulky číslo 5 je jasně zřejmé, že umělé přerušování těhotenství nejčastěji podstupují ženy ve věku 21 - 25 let. Takto odpovědělo celkem 22 žen z celkového počtu 60 ti žen. Moje hypotéza pro daný věk skončila na druhém místě, kdy 17 žen podstoupilo umělé přerušování těhotenství ve věku 15 – 20 let. V těsném závěsu je výkon prováděn u žen ve věku 31 – 40 let, kdy z celkového počtu 60 ti žen takto odpovědělo 15 žen. Pouze dvě ženy, které vyplňovaly dotazník, podstoupily umělé přerušování těhotenství ve věku 41 a více.

**H3** se nepotvrdila.

## 13.2. Diskuse

Průzkum jsem prováděla na gynekologickém – pooperačním oddělení, kde jsem rozdala celkem 60 dotazníků ženám, které podstoupily umělé přerušování těhotenství. Překvapilo mě, že jejich návratnost byla 100 %. Na začátku tohoto průzkumu jsem se obávala, že ženy, které podstoupily tento výkon, mi nebudou ochotné vyplnit dotazník, týkající se tohoto výkonu, ale opak byl pravdou. Z celkového počtu 60 ti žen (100 %) jsem získala velmi zajímavé, někdy až překvapivé odpovědi.

Tomáš Jiří Bahounek, ve své knize Čtyři pohledy na interrupci uvádí, že nejvíce tento výkon podstupují ženy ve věku 27 - 30 let a pouze 9 % žen ve věku do 20 ti let. Proto mě velmi překvapilo, když jsem zjistila, že druhou nejčastější odpovědí na otázku v kolika letech podstoupily umělé přerušování těhotenství, byla odpověď od 17 ti žen, tj. 26 %, že se pro tento zákrok rozhodly ve věku 15 – 20 let. Možná jsem si nejdříve, abych se tolik nevylekala, měla přečíst otázku, ve které jsem se žen dotazovala, jestli před výkonem užívaly antikoncepci, kdy z celkového počtu dotazovaných žen, odpovědělo 46 žen, což je 77 %, že antikoncepci neužívalo a zbylá část, která je jen 14 žen, tj. 23 % odpověděla, že před UPT antikoncepci užívaly.

Po zhodnocení těchto dvou odpovědí jsem byla velmi zaskočená. Myslím si, že ženy, které tento výkon podstoupí z důvodů závažnějších, jako jsou například zdravotní problémy či nechtěná těhotenství po znásilnění, jim jen málo můžeme vyčítat, že tento výkon podstoupily na rozdíl od žen, které podstupují umělé přerušování těhotenství z tak banálních důvodů jako je neužívání antikoncepce. Podle mého názoru je řada výrobků či způsobů antikoncepce, které mají ženy na výběr, a které jim umožní vyhnout se nechtěnému těhotenství a ochrání je před vznikem problémů, které mohou při tomto výkonu nastat.

Nejčastějším důvodem, proč ženy podstupují UPT je věk, který se podle mého názoru rok od roku snižuje. K této otázce jsem si stanovila hypotézu, která se mi nepotvrdila.

Naopak příjemně překvapená jsem byla, že z celkového počtu 60 ti žen (100 %) na otázku v jakém týdnu bylo provedeno umělé přerušování těhotenství, odpovědělo 72 % žen, že výkon byl proveden tím nejšetrnějším způsobem tzv. miniinterrupcí. Pouze 28 % žen ukončilo těhotenství do 12. týdne a naopak žádná žena se pro tento výkon nerozhodla po 12. týdnu těhotenství.

Z mého průzkumu jsem usoudila, že je potřeba věnovat se na školách více sexuální výchově, a to už nejlépe od druhého stupně, která tak (mladé) ženy ochrání, před nechtěným otěhotněním a možnými ať už fyzickými či psychickými problémy. Možná ženy, které podstupují UPT už například po druhé či po třetí znají pojem antikoncepce, ale třeba potřebují jen vysvětlit její správné užívání. Z toho usuzuji, že by se počet umělých přerušení těhotenství mohl zřetelně snížit.



## Závěr

V práci, kterou jsem vypracovala na téma umělé přerušování těhotenství, jsem získala řadu zajímavých informací, týkajících se této problematiky.

V teoretické části jsem se seznámila s historií metod, kterými bylo přerušování těhotenství prováděno v minulosti. Dříve nebylo umělé přerušování těhotenství povoleno, ale interrupci bylo možno podstoupit pouze po schválení interrupční komisí.

Z historických pramenů víme, že k umělému přerušování těhotenství docházelo. Bylo prováděno tzv. „andělíčkářkami“, které neměly dostatečné vzdělání ani zkušenosti, a proto často docházelo k úmrtí ženy. Pokud byl již výkon proveden dobře, trpěly ženy často vlivem nedodržování hygieny rozsáhlými a často špatně léčenými záněty, na základě kterých byl ohrožen jejich život, nebo u nich vznikaly závažné poruchy či srůsty, které vedly k jejich další neplodnosti.

V řadě zemí považují umělé přerušování těhotenství za zločin a v případě nechtěného těhotenství se ženy nemohou svobodně rozhodnout, zda si dítě ponechají či nikoli. Často potom podstupují výkony, které se blíží šarlatánství.

Vyhotovením této práce jsem také poznala, že kromě chirurgického provedení přerušování těhotenství, lze použít i jiné metody, jejichž provedení je snadnější a pro ženu méně náročné. Seznámila jsem se s metodami, které pomocí podání určité léčebné látky „prostaglandinu“ snadněji, i když stále pod lékařským dohledem, ukončí těhotenství. Tyto metody však u nás nejsou příliš využívány a léky, jejichž pomocí lze těhotenství ukončit, nejsou v naší zemi registrovány.

Provedení umělého přerušování těhotenství je pro ženu nejen fyzicky, ale především psychicky velmi náročné, a proto by měla být zvolena ta nejšetrnější metoda, jakou lze vzhledem ke zdravotnímu stavu ženy a délce jejího těhotenství použít.

Vzhledem k tomu, že UPT je pro ženu psychicky velmi náročné, měla by se společnost zaměřit na její prevenci. Velmi důležitou úlohu v této oblasti je používání vhodné antikoncepce. Tady došlo v posledních letech k velkému posunu, a to je určitě dobře. Antikoncepce představuje prevenci nechtěných těhotenství, a proto je důležité, aby s ní byly ženy seznamovány ještě před zahájením sexuálního života.

V praktické části jsem se z mého dotazníku obsahujícího 12 otázek dozvěděla, že nejčastějším důvodem, pro který ženy nejvíce podstupovaly umělé přerušování těhotenství, byl jejich věk. I tady se domnívám, že pokud se žena ještě necítí být zralá

vychovávat dítě, nebo nemá dostatečné rodinné zázemí, měla by se před nechtěným otěhotněním chránit vhodnou antikoncepcí. Musí však být také zdravotnickým personálem náležitě poučena o tom, jak antikoncepci užívat a ve kterých případech je i přes její používání antikoncepce neúčinná.

Dále z průzkumu vyplývá, že výkon byl prováděn většinou do dokončeného osmého týdne těhotenství, a to formou miniinterrupce. Z celkového počtu 60 ti žen pouze 17 žen podstoupilo interrupci později, a to do dvanáctého týdne.

Interrupce představuje velmi závažný zásah do života ženy a jejího blízkého okolí. Velmi důležitým poradcem v této závažné situaci je pro ženu nejen otec dítěte, ale i další členové rodiny. Dle mého názoru je však většina nechtěných těhotenství způsobena nedostatečnou informovaností týkající se antikoncepce, nebo nedbalostí žen při jejím užívání.

## Seznam literatury

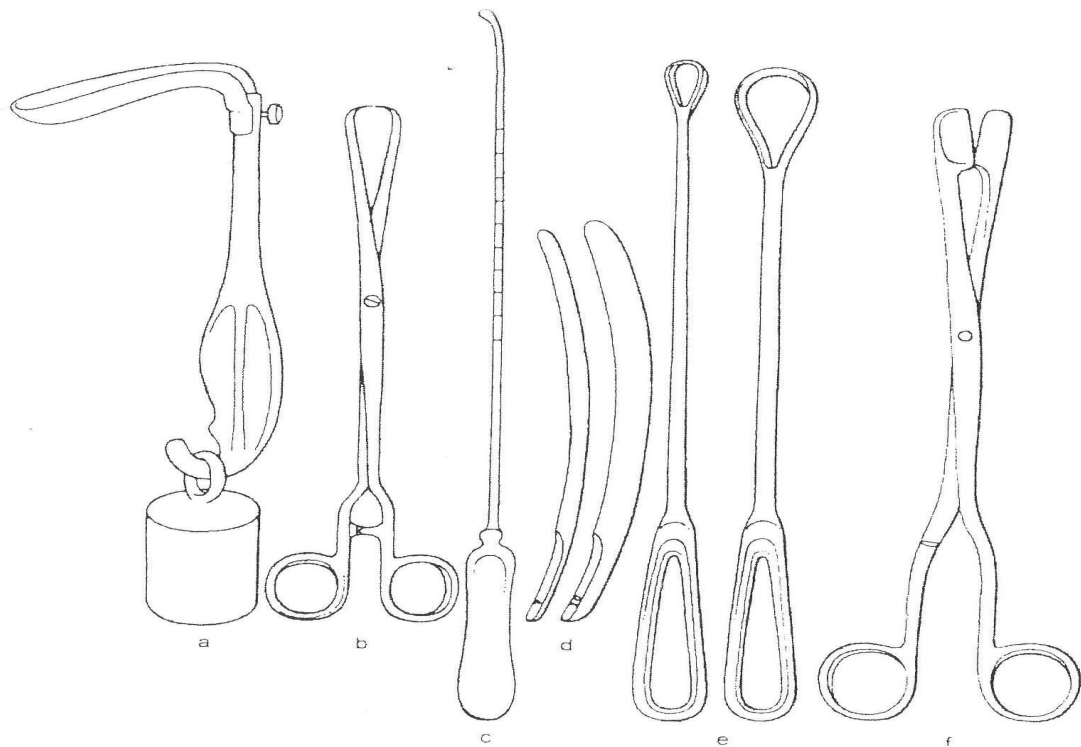
1. BAHOUNEK, Tomáš Jiří; FUKALOVÁ, Drahoslava; MAN, Vlastislav; SCHELLEOVÁ, Ilona; SCHELLE, Karel; ŠRÁČEK, Jiří. *Čtyři pohledy na interrupci*. 1. vydání. Ostrava: Key Publishing s.r.o., 2007. ISBN 978-80-87071-09-0.
2. BREWER, Sarah. *Na co se ženy bojí zeptat*. 1. vydání. Praha: Maxdorf s.r.o., 1993. ISBN 80-85800-49-7.
3. CITTERBART, Karel a kol. *Gynekologie*. 1. vydání. Praha: Galén, 2001. ISBN 80-246-0318-7.
4. ČECH, Evžen; HÁJEK, Zdeněk; MARŠÁL Karel; SRP, Bedřich a kolektiv. *Porodnictví*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing s.r.o., 1999. ISBN 80-7169-355-3.
5. ČERNÝ, Milan; SCHELLEOVÁ, Ilona. *Právní úprava umělého přerušení*. Praha: Eurolex Bohemia s.r.o., 2003. ISBN 80-86432-60-2.
6. HAVRÁNEK, František Csc. *Interruptio graviditatis*. 1. vydání. Praha: Avicenum, 1982. 08-076-82
7. JERIE, Jan. *Uvolnění potratů v našem státě*. 1. vydání. Praha: Ministerstvo zdravotnictví, 1958. Vydal ústav zdravotnické osvěty v Praze.
8. PEKÁRKOVÁ, Milena; PRIMUSOVÁ, Hana; UZEL, Radim; SALAJKA, Milan. *Potrat ano – ne*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2000. ISBN 80-7169-922-5.
9. UCHÁČOVÁ, Kateřina. *Proč pláčeš Miriam (Utrpení žen po potratu)*. 1. vydání. Praha: Hnutí pro život, 2000. ISBN 80-238-4824-0.
10. UZEL, Radim. *Ženské otazníky*. 1. vydání. Praha: Práce, 1987. Tématická skupina 08/31. 24-038-87.
11. VOKURKA, Martin. *Praktický slovník medicíny*. 1. vydání. Praha: Maxdorf s.r.o., 1994. ISBN 80-85800-06-03.
12. ZEMAN, Zdeněk; DOLEŽAL, Antonín. *Právní odpověď a právní vztahy v porodnictví*. 1. vydání. Praha: Galén, 2000. ISBN 80-7262-024-X.
13. Český statistický úřad. Dostupné na WWW: <http://www.czso.cz/>
14. DRIÁK, Daniel. *Antikoncepce*. [online]. [cit. 2009-01-26]. Dostupné na WWW: <http://fnb.cz/gyn/informace/antikoncepce/antikoncepce.htm>

## Seznam zkratek

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
BWR	Bordet-Wassermanova reakce
hCG	lidský (humánní) choriogonadotropin
HIV	Human Immunodeficiency Virus
PAS	postabortivní syndrom
PG	prostaglandin
RU	Roussel-Uclaf
UPT	umělé přerušování těhotenství

## Příloha č. 1

Instrumentárium pro umělé ukončení těhotenství



a) zadní zrcadlo (Scherbackovo)

b) americké jednozubé kleště

c) děložní sonda

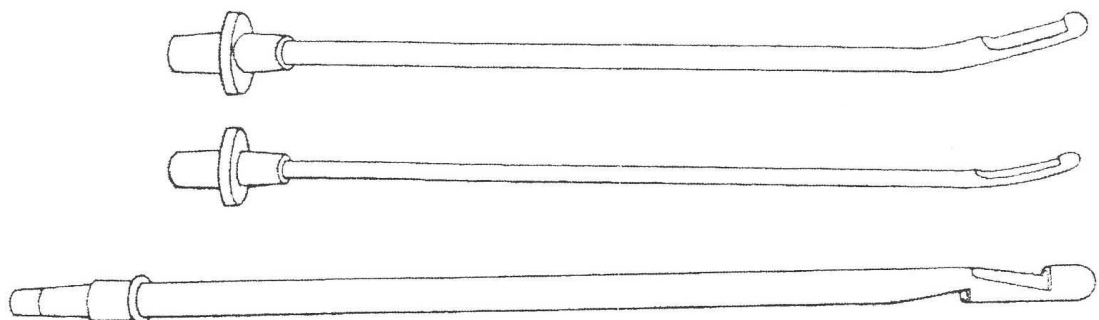
d) Hegarovy dilatátory

e) tupé kyrety

f) potratové kleště

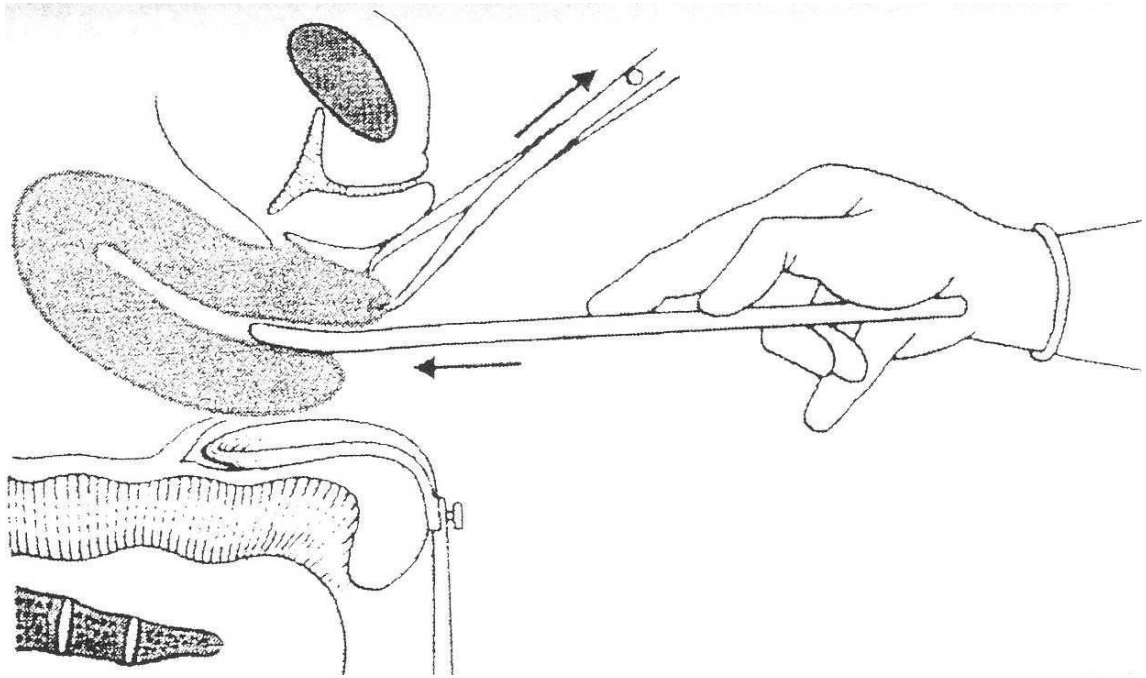
## Příloha č. 2

Plastové vakuumaspirační kanyly (kyrety)



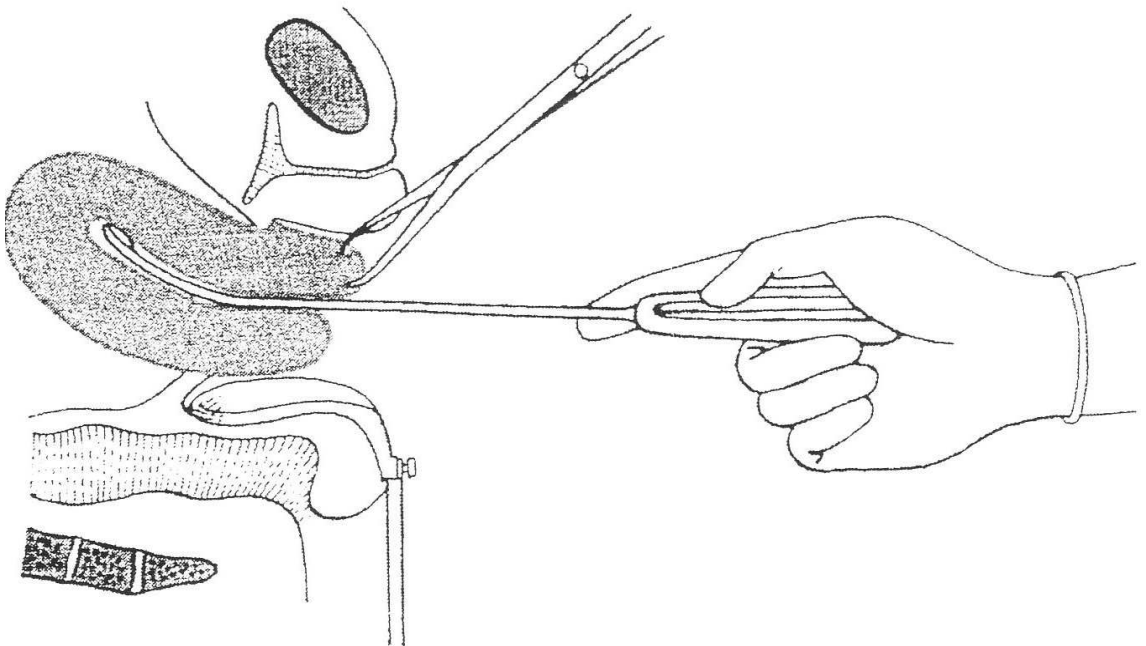
### Příloha č. 3

Dilatace děložního hrdla Hegarovým dilatátorem



### Příloha č. 4

Kyretáž děložní dutiny



## Příloha č. 5

### Dotazník

1. Kolik je Vám let?

- a) 15 – 20
- b) 21 – 25
- c) 26 – 30
- d) 31 – 40
- e) 41 – 50
- f) 51 a více

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) základní
- b) střední bez maturity
- c) střední s maturitou
- d) vyšší odborné
- e) vysokoškolské

3. Jaký je Váš rodinný stav?

- a) svobodná
- b) vdaná
- c) rozvedená
- d) vdova

4. Kolikrát jste rodila?

- a) žádný porod
- b) jeden porod
- c) dva porody
- d) tři a více porodů

5. V kolika letech jste podstoupila umělé přerušování těhotenství?

- a) 15 – 20
- b) 21 – 25
- c) 26 – 30
- d) 31 – 40
- e) 41 a více

6. Kolik jste v té době měla již dětí?

- a) žádné dítě
- b) 1 dítě
- c) 2 děti
- d) 3 děti
- e) 4 a více dětí

7. Měla jste v té době vhodné bydlení?

- a) ano
- b) ne

8. Čím bylo Vaše rozhodnutí ovlivněno?

- a) nedostatečným finančním zajištěním
- b) věkem
- c) vlivem náboženství
- d) jsem samoživitelka
- e) zdravotním důvodem
- f) jiným důvodem

9. V kolikátém týdnu bylo provedeno umělé přerušování těhotenství?

- a) do 8. týdne
- b) do 12. týdne
- c) po 12. týdnu

10. Používala jste antikoncepci?

- a) ano
- b) ne

11. Kolikrát jste byla na umělém přerušování těhotenství?

- a) jedno umělé přerušování těhotenství
- b) dvě umělá přerušování těhotenství
- c) tři a více umělých přerušování těhotenství

12. Uvažovala byste o umělém přerušování těhotenství v případě znásilnění?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím