

PROBLEMATIKA UMĚLÉHO UKONČENÍ TĚHOTENSTVÍ

Bakalářská práce

VERONIKA PIÁLKOVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s., PRAHA 5

Vedoucí práce: Mgr. Jana Kocurová

Stupeň kvalifikace: bakalář

Datum předložení: 2010–04–15

Praha 2010

PROHLÁŠENÍ

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

Souhlasím s použitím své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 15. 4. 2010

.....

podpis

ABSTRAKT

PIÁLKOVÁ, Veronika. *Problematika umělého ukončení těhotenství.*

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., stupeň kvalifikace: bakalář, Vedoucí práce:

Mgr. Jana Kocurová, Praha. 2010. s. 67.

Hlavním tématem bakalářské práce je umělé ukončení těhotenství neboli interrupce. V teoretické části práce se snažím obsáhnout problematiku interrupcí, jejich historii, rozdělení interrupcí, komplikace po interrupci, etiku v ošetřovatelství, interrupční komise a legislativu související s tímto problémem. V praktické části charakterizuji co to je ošetřovatelský proces a jeho fáze. Dále se zabývám kasuistikou pacientky, která podstoupila interrupci. Ošetřovatelská anamnéza je zpracována podle ošetřovatelského modelu od M. Gordonové. V práci je uvedeno 12 ošetřovatelských diagnóz, které vystihují problémy sledované pacientky. U každé diagnózy je uveden cíl, výsledná kritéria, ošetřovatelské intervence, realizace cíle a zhodnocení.

Klíčová slova: Interrupce. Ošetřovatelská péče. Plod. Těhotenství. Žena.

ABSTARACT

Problem of the Artificial Termination of Pregnancy

The main topic of this bachelor thesis is a voluntary interruption of pregnancy or so called elective abortion. In the theory part I describe the issue of abortion, history, kinds of interruption, complications after an abortion, ethics in nursing, commission and legislation concerning with the issue.

In the practical part I focus on casuistry of the patient who underwent to the abortion. The treatment of nursing history is elaborated according to the M. Gordon model. In the thesis is mentioned 12 treatment diagnosis depicting issues of the patient. Each diagnosis contains goal, criteria, intervention, implementation and evaluation.

Key words: Abortion. Fetus. Nursing Care. Pregnancy. Woman.

PŘEDMLUVA

Umělé ukončení těhotenství je stále aktuálním tématem. Zabývají se jím buď odborníci nebo laická veřejnost, nejčastěji zřejmě ženy. Protože jenom žena má právo na to, aby otěhotněla a přivedla na svět potomka. Ale některé ženy si toho neváží a místo toho aby porodily dítě, jdou na interrupci. Důvodů, proč ženy podstupují umělé přerušování těhotenství je mnoho a my ani všechny neznáme. Může to být špatná sociální situace, nebo nedostatek času, svobodná žena bez partnera, neplánované otěhotnění, znásilnění a tak dále.

Tato bakalářská práce vznikla proto, abych poukázala na problematiku spojenou s umělým ukončením těhotenství. Na interrupci jako takovou, její komplikace, historii a rozdíly mezi interrupcemi prováděnými u nás a ve světě.

Toto téma jsem si vybrala proto, že mě problematika umělého ukončení těhotenství velmi zajímá. V rámci mé povinné školní praxe jsem se dostala na oddělení pooperační gynekologie a byla sem přítomna u výkonu umělého ukončení těhotenství. Zanechalo to na mě tak negativní následky, že kdybych otěhotněla zrovna v době kdy by to pro mě nebylo úplně ideální, tak bych umělé ukončení těhotenství zřejmě nepodstoupila a miminko bych si nechala. Podklady k mé práci jsem čerpala z odborných knižních zdrojů, časopiseckých pramenů i z internetových odkazů.

Práce je určena odborníkům v oblasti gynekologie a porodnictví, zejména porodním asistentkám, studentům středních, vyšších i vysokých zdravotnických škol a také každému, kdo se o tuto problematiku zajímá.

OBSAH

ÚVOD	9
TEORETICKÁ ČÁST	10
1 ANATOMIE ŽENSKÝCH POHLAVNÍCH ORGÁNŮ	11
1.1 Zevní rodidla.....	11
1.2 Vnitřní rodidla	13
2 UMĚLÉ UKONČENÍ TĚHOTENSTVÍ	15
2.1 Metody provedení interrupce.....	16
2.1.1 Miniinterrupce	16
2.1.2 Interrupce.....	17
2.1.3 Potratová pilulka	17
2.2 Indikace umělého ukončení těhotenství	18
2.2.1 Umělé ukončení těhotenství na žádost ženy	18
2.2.2 Umělé ukončení těhotenství ze zdravotních důvodů	18
2.2.3 Onemocnění, která jsou zdravotními důvody k interrupci .	19
2.3 Komplikace po zákroku umělé ukončení těhotenství.....	22
2.3.1 Časné komplikace	22
2.3.2 Pozdní komplikace.....	22
2.3.3 Šestinedělí	23
2.4. Psychika ženy po umělém ukončení těhotenství.....	24
2.4.1 Postinterrupční syndrom	25
3 ČASOVÉ ROZDĚLENÍ UMĚLÉHO UKONČENÍ TĚHOTENSTVÍ	26
3.1 Historie	26
3.1.1 Historie interrupcí ve světě	27
3.1.2 Historie interrupcí u nás	28
3.2 Současnost.....	28
4 ETIKA A LEGISLATIVA	30
4.1 Právo ženy a dítěte.....	30
4.2 Legislativa	31
4.3 Interrupční komise	32
EMPIRICKÁ ČÁST	34
5 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES	34
5.1 Fáze ošetřovatelského procesu	35

6 KAZUISTIKA	39
6.1 Průběh hospitalizace	39
6.2 Anamnéza	41
6.3 Fyzikální vyšetření sestrou	42
6.4 Ošetrovatelská anamnéza	42
6.4.1 Vnímání zdraví.....	43
6.4.2 Výživa a metabolismus	44
6.4.3 Vylučování	44
6.4.4 Aktivita a cvičení	44
6.4.5 Spánek a odpočinek	45
6.4.6 Vnímání	45
6.4.7 Sebepojetí.....	45
6.4.8 Role – mezilidské vztahy	46
6.4.9 Sexualita	46
6.4.10 Stresové a zátěžové situace	46
6.4.11 Víra a životní hodnoty	47
6.5 Ošetrovatelské diagnózy	47
6.5.1 Ošetrovatelské diagnózy akutní	47
6.5.2 Ošetrovatelské diagnózy potencionální	59
ZÁVĚR	60
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	62
PŘÍLOHY	

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Sedmitýdenní plod	65
Obrázek 2 Jedenáctitýdenní plod.....	65
Obrázek 3 Dilátatory	66
Obrázek 4 Abortové kleště.....	66
Obrázek 5 Sukční kyrety	67
Obrázek 6 Kyrety	67

ÚVOD

Podle slovníkové definice je za interrupci považováno přerušení těhotenství před ukončeným 28. týdnem gravidity, tedy vypuzení či odstranění plodu z těla matky ještě v době, kdy plod není schopen mimo tělo matky samostatně existovat.

Umělé ukončení těhotenství je problematikou stále diskutovanou. Existují příznivci i odpůrci interrupcí. V poslední době počet interrupcí klesá. Je to zřejmě způsobeno vyšší životní úrovní a častějším používáním antikoncepce. Interrupce je operační výkon, který podléhá povinnému hlášení a ve většině případů si ho žena hradí sama. Jen v případě, že je interrupce indukována ze zdravotních důvodů je výkon placen pojišťovnou. Nejvíce žen podstupuje interrupci mezi 25. – 35. rokem života.

Mnoho žen ani neví, jaký je průběh tohoto zákroku, proto ve své práci uvádím jak interrupce probíhá, její rizika, komplikace a dopad na psychickou stránku ženy.

Doufám, že se vám bude má práce líbit a dozvíte se nové a užitečné informace.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ANATOMIE ŽENSKÝCH POHLAVNÍCH ORGÁNŮ

Ženská rodidla jsou bránou pro početí a porod dítěte. Pochvou se při pohlavním styku dostávají do ženského těla spermie, které odtud skrz děložní hrdlo putují do dělohy a do vejcovodů, kde jedna z nich oplodní vajíčko a dá tak vzniknout novému životu. Při porodu tvoří pochva a děložní hrdlo porodní kanál, kterým se rodí dítě na svět. Kromě toho je v oblasti rodidel vyvedena na povrch těla močová trubice.

Ještě ve středověku se ženské pohlavní orgány zobrazovaly jako zmenšenina orgánů mužských, včetně varlat. Ženské pohlavní orgány měly být podle tehdejších učenců pouze jinak umístěny v těle. Bližšímu přezkoumání ženského pohlaví bránila církevní dogmata a pověry. V roce 1559 popsal anatom Realdo Colombo poštváček neboli klitoris jako zvláštní ženský orgán.

Zevní pohlavní orgány ženy, neboli zevní rodidla, začínají tukovým polštářem nad stydkou sponou, tzv. Venušíným pahorkem. Odtud směrem ke konečníku vyrůstají dva velké stydké pysky. Tyto kožní laloky překrývají a chrání vyústění močové trubice a pochvy. Oblast pod velkými stydkými pysky je krytá jemnou sliznicí, která tvoří malé stydké pysky, dva záhyby obepínající poševní vchod. Než dojde k prvnímu pohlavnímu styku, je poševní vchod částečně uzavřen vazivovou panenskou blánou. Nad poševním vchodem je drobný otvor - vyústění močové trubice. Malé stydké pysky se nahoře pod Venušíným pahorkem stýkají a překrývají malý hráškovitý útvar, poštváček. Spodní hranici zevních rodidel tvoří hráz, vazivová přepážka mezi pochvou a konečníkem (*Kájin blogís*. [online]. 2007. [cit. 2010-04-18]. Dostupné na WWW: <<http://kajiiiis.blog.cz/0706/zenske-zevni-pohlavni-organy>>).

1.1 Zevní rodidla

Zevní genitál tvoří hrma, velké a malé stydké pysky, klitoris, poševní předsíň, vestibulární žlázy, poševní vchod, panenská blána a hráz.

Hrma – Mons pubis

Hrma je tvořena silnější vrstvou tukové tkáně nad symfýzou. Je kryta kůží s ochlupením a má velký počet potních a mazových žlázek. Pubické ochlupení je jedním ze sekundárních pohlavních znaků a je odlišného tvaru u muže a u ženy. Typ femininus – u ženy - má tvar trojúhelníku. U mužů – typ masculinus – směřuje vrchol genitálního ochlupení směrem k pupku. Mužský typ ochlupení u ženy může být familiárního nebo rasového původu, často však může být projevem virilizace (KUDELA a kol., 2004, s. 11).

Velké stydké pysky – Labia majora pudendi

Velké stydké pysky jsou pokračováním mons pubis v dorzálním směru. Jejich laterální stěny přecházejí do stehen, kde je vytvořen sulcus genitofemoralis. Vnitřní stěna velkých stydkých pysků přechází do labia minora pudendi. Velké stydké pysky jsou tvořeny tukovou tkání s bohatou cévní sítí. Vnější plochu labií tvoří kůže, často pigmentovaná, která obsahuje množství potních a mazových žlázek. Vnitřní plocha stydkých pysků připomíná vzhledem sliznici. Labia majora ohraničují rimu pudendi - stydkou štěrbinu. Vpředu přecházejí labia majora v komisuru labiorum anterior, vzadu v komisuru labiorum posterior a dále do hráze (KUDELA a kol., 2004, s. 11).

Malé stydké pysky – Labia minora pudendi

Malé stydké pysky jsou uloženy mediálně od velkých stydkých pysků a mají vzhled sliznice. Jejich podkladem je hojné řídké kolagenní vazivo s četnými elastickými vlákny. Vzadu jsou malé stydké pysky spojeny jemnou kožní řasou (frenulum labiorum pudendi) a ohraničují vestibuli vaginae. Přední konce malých stydkých pysků se rozdělují na dvě řasy. Přední vytváří praeputium clitoridis (předkožku), zadní se upíná na corpus clitoridis a vytváří

frenulum clitoridis (uzdičku). Malé stydké pysky nemají ochlupení ani potní žlázy. Obsahují však množství mazových žlázek (KUDELA a kol., 2004, s. 11).

Poštěváček – Clitoris

Clitoris je peniformní orgán. Skládá se ze dvou kavernózních ramínek (crura clitoridis), která vytvářejí tělo (corpus clitoridis). Ventrálně je uložen glans clitoridis (žalud poštěváčku). Celý poštěváček je poután k arcus ligamentem suspensorium clitoridis. Vzhledem k velkému množství senzitivních nervových zakončení je klitoris velmi citlivý a dráždivý (KUDELA a kol., 2004, s. 11).

Poševní předsíň – Vestibulum vaginae

Poševní předsíň je prostor mezi malými stydkými pysky. Nachází se zde dva otvory – ostium urethrae externum a ostium (introitus) vaginae. Po obou stranách zevního ústí uretry vyústí Skeneho parauretrální vývody – ductus paraurethrales. Spodinu předsíně tvoří poševní vchod a hymen. Ventrálně je vestibulum ohraničeno poštěváčkem a dorzálně je zakončeno komisurou labiorum (KUDELA a kol., 2004, s. 11).

Vestibulární žlázy – Glandulae vestibulares majores Bartholini

Párové vestibulární žlázy leží na urogenitálním diafragmatu asi 1,5 – 2 cm pod kůží velkých stydkých pysků v jejich dorzální části v úrovni introitu poševního. Jsou to mucinózní žlázy vylučující sekret, který zvlhčuje poševní vchod při sexuální vzrušení. Jejich vývody ústí v poševním vestibulu do rýhy mezi hymnem a malými stydkými pysky. Po celém obvodu poševního vchodu jsou roztroušeny další drobné žlázy – glandulae vestibulares minores (KUDELA a kol., 2004, s. 12).

Vchod poševní a panenská blána – Ostium vaginae et hymen

Poševní vchod leží pod zevním ústím močové trubice. Je překryt velkými a malými stydkými pysky a neúplně uzavřen slizniční duplikaturou – hymenem. Hymen může mít různý tvar a konzistenci. Po defloraci z něho zůstávají carunculae hymenales, po porodu se nazývají carunculae myrthyformes (KUDELA a kol., 2004, s. 12).

Hráz – Perineum

Hráz je oblast mezi análním otvorem a komisurou labiorum posterior. Je to část pánevního dna, která odděluje distální část pochvy od konečníku. Skládá se z tukové tkáně, z facií a svalů diafragmy pelvis a urogenitale. Podklad perinea tvoří musculus bulbocavernosus, muscoli transversus perinei superficialis et profundus, musculus sphincter ani externus a mediální okraj musculus levator ani (KUDELA a kol., 2004, s. 12).

1.2 Vnitřní rodidla

Vnitřní genitál se skládá z vaječníků, vejcovodů, dělohy a pochvy. Pochva je v tomto případě spojníkem vnějšího a vnitřního genitálu.

Vaječník – Ovarium

Vaječník je ženská pohlavní žláza, produkuje ženské pohlavní buňky a pohlavní hormony. Ovarium je oválné, ze dvou stran oploštělé, velikost závisí na funkčním stavu organismu ženy, kolísá mezi 3 – 5 cm x 1,5 – 3 cm. Ovarium má šedorůžovou barvu a zvrásněný povrch (NAŇKA et al., 2006, s. 208).

Vejcovod – Tuba uterina

Vejcovod je 8 – 15 cm dlouhá trubice, zevním ústím orientovaná do dutiny břišní, přivrácená k ovariu, druhý konec ústí v rohu děložním do dutiny dělohy. Vejcovod má tyto části: nálevkovité rozšířené ústí přivrácené k ovariu opatřené fimbriemi, infundibulum, na které navazuje relativně široká ampula, která přechází v zúženou část, isthmus. Konečnou částí je pars uterina, část tuby ve stěně dělohy, která ústí do dutiny děložní, ostium tubae uterinum (NAŇKA et al., 2006, s. 209).

Děloha – Uterus

Děloha je dutý svalový orgán, na kterém se rozlišuje tělo děložní (corpus uteri), širší ve své kraniální části a hrdlo děložní (cervix uteri), které je kaudální užší částí dělohy ústící do pochvy. Mezi těmito úseky se vymezuje ještě zúžená

část (isthmus uteri), který se chová za porodu jinak než ostatní svalovina. V těhotenství se tento úsek nejméně zvětšuje. Na těle děložním se rozlišuje dno děložní (fundus uteri), klenutý kraniální okraj dělohy, a rohy děložní (coruna uteri), a okraje děložní (margo uteri). V oblasti rohů děložních ústí vejcovody a odstupuje ligamentum teres uteri, které pokračuje dál pod peritoneem pánve do tříselního kanálu a končí v labia majora. Cervix uteri se pak dále dělí na horní úsek hrdla děložního (portio supravaginalis), nad připojením dělohy k pochvě a čípek děložní (portio vaginalis). Čípek děložní je část dělohy, která vyčnívá do pochvy a kde na jeho vrcholu je zevní branka děložní (ostium uteri). Sliznice v oblasti cervixu je složena do řas, které tvoří na přední i zadní straně reliéf podobný palmovým listům (plicae palmatae) (NAŇKA et al., 2006, s. 210).

Pochva – Vagina

Pochva je předozadně oploštělá svalová trubice. Kraniálně obemyká hrdlo děložní, kaudálně se otevírá navenek jako ostium vaginae, tento prostor ohraničený malými stydkými pysky se nazývá vestibulum vaginae. Rozlišujeme přední stěnu (paries anterior), a zadní stěnu (paries posterior). Na stěnách jsou patrné slizniční řasy (rugae vaginales), které se snižují po porodu a ve stáří. Na přední stěně je vytvořena řasa, která je podmíněna průběhem uretery před přední stěnou vaginy (crista urethralis vaginae). Místo, kde naléhá přední stěna poševní na tritonům vesicae se nazývá area trigonalis vaginae, tato oblast je bez slizničních řas. Horní část vaginy je upevněna kolem děložního hrdla tak, že část hrdla vyčnívá do pochvy jako čípek děložní (portio vaginalis cervicis uteri). Přejít od čípku na stěny vaginy se nazývá firmis a rozeznává se tak zvaná přední klenba poševní, kratší a méně vyklenutá, a zadní klenba poševní, hlubší a vyklenutější (hromadí se zde ejakulát). Na hranici vaginy a vestibulum vaginae se nachází tenká slizniční řasa (hymen). Při první souloži se postupně natrhává (deflorace), při porodu se jeho zbytky ještě více rozrušují tak, že zbývají jen malé částky sliznice při ostium vaginae (carunculae hymenales) (NAŇKA et al., 2006, s. 213).

2 UMĚLÉ UKONČENÍ TĚHOTENSTVÍ

Umělé ukončení těhotenství je zákrok, kterým se zabraňuje dalšímu vývoji plodového vejce. Přestože patří mezi metody plánovaného rodičovství, jde o metodu, která je zdravotně i eticky velmi problematická (PAŘÍZEK, A., [online]. [cit. 2010-03-10]. Dostupné na WWW: <<http://www.porodnice.cz/node/33289>>).

Asi 46 miliónů žen na celém světě se každoročně rozhodne končit své těhotenství umělým potratem. Z toho 26 miliónů žije v zemích s liberálními potratovými zákony, zákrok podstupují v souladu s právem. Potrat je pro tyto ženy obecně dostupný, prováděn vesměs v důstojných podmínkách v ranných stádiích těhotenství školeným personálem, a proto je spojen s minimálním rizikem zdravotních komplikací. Zbývajících 20 miliónů žen žije v zemích, kde jsou potraty zákonem výrazně omezeny, nebo dokonce zcela zakázány. Ženy, které už taktují v nedůstojných podmínkách, jsou nuceny obracet se často na pokoutné potratáře a není tedy divu, že ze všech asi 600 000 žen umírajících každoročně v souvislosti s těhotenstvím umírá každá osmá na následky neodborně provedeného potratu. Každý den tedy umírá v souvislosti s umělým potratem více než 200 žen – jako kdyby každý den ztroskotalo jedno velkokapacitní letadlo – letadlo plně obsazené ženami v nejlepším věku, často matkami několika žijících dětí. Odborníci dále odhadují, že asi u sedmi miliónů žen se vyskytnou závažné zdravotní komplikace, z nichž nejméně polovina vyžaduje nemocniční péči. Počet těchto komplikací dramaticky poklesne v případě liberalizace potratových zákonů.

Srovnáme-li počet potratů prováděných v jednotlivých zemích světa, kolísá tento počet od 10 do 80 za rok na každých 1000 žen ve věku plodnosti. Průměrně je to asi 35 potratů na 1000 žen ročně. Počet potratů v každé zemi reflektuje kulturní vyspělost obyvatelstva, zejména pak rozšíření užívání spolehlivých antikoncepčních metod. V Evropě panují dosud nápadné rozdíly mezi zeměmi západní a severní Evropy a zeměmi postkomunistickými, v nichž je úroveň potratovosti až 8x vyšší. Určitou roli zde hraje i tradiční neúcta k ženě, vysoká zaměstnanost a obecné znevážení morálních hodnot jako smutný následek komunistické totality. Pochopitelně jiná totalita – náboženská nebo

nacionální – nebude asi tím pravým lékem. A v této souvislosti alespoň jedna příznivá zpráva pro Českou republiku: od roku 1989 klesl u nás počet prováděných potratů více než o 60% - z původních 107 000 na současných 41 000 za rok (PEKÁRKOVÁ et al., 2000, s. 9).

2.1 Metody provedení interrupce

Je vypracováno několik rozdílných způsobů umělého ukončení těhotenství, při jejichž výběru záleží především na délce těhotenství, dále na paritě, celkovém zdravotním stavu ženy a tak dále (ČECH et. al. , 2006, s. 480).

Interrupce je placený výkon, cena se pohybuje mezi necelými dvěma až čtyřmi tisíci korunami v závislosti na typu nemocnice a délce těhotenství. V některých nemocnicích si žena hradí i předoperační vyšetření, které provádí internista či obvodní lékař (HOLLÁ, K. 2009. *Babyweb*. [online]. 2009. [cit. 2010-04-12]. Dostupné na WWW: <<http://www.babyweb.cz/Clanky/a118-Potrat-co-o-nem-mozna-nevite.aspx?s=130>>).

2.1.1 Miniinterrupce

Výkon se provádí do 8. týdne gravidity semiambulantně v krátkodobé intravenózní anestezii v gynekologické poloze.

Po dezinfekci zevních rodidel a pochvy v zrcadlech se děložní hrdlo fixuje jednozubými americkými kleštěmi. Po sondáži děložní dutiny se vykoná dilatace (rozšíření) děložního hrdla kovovými dilatátory (nejčastěji Hegarovými) většinou do průměru nejméně o 1 mm větší, než je průměr plastové vakuumaspirační kanyly (kyrety). Pak se systematicky pod tlakem odsává plodové vejce a decidua. Potřebný podtlak se získává elektrickou vakuovou pumpou. Po dokončení aspirace se obvykle následně provádí revize děložní dutiny malou tupou kyretou. Tímto nejšetrnějším způsobem je prováděna v České republice většina umělé ukončení těhotenství (ČECH et. al. , 2006, s. 480).

2.1.2 Interrupce

Provádí se u krátkodobě hospitalizovaných žen v celkové anestezii. Přípravná fáze je obdobná jako u miniinterrupce, pouze dilatace děložního hrdla je větší, úměrně velikosti těhotenství. Pak se systematicky tupou kyretou vyprazdňuje děložní obsah. Při větším těhotenství nad 10 týdnů se někdy používají vedle kyrety potratové kleště k vybavení větších uvolněných částí plodového vejce. Na závěr výkonu se doporučuje vakuumaspirací odsát z děložní dutiny koagula a drobné zbytky plodového vejce a deciduy (ČECH et. al. , 2006, s. 480).

Zejména při pokročilých těhotenstvích je třeba dbát na to, aby bylo s instrumentálním vyprázdněním započato teprve tehdy, až je děložní dutina po dostatečné dilataci hrdla lehce přístupná. Jen tak lze provést evakuaci plynule a bez větších ztrát krve. Nebezpečí přerušení těhotenství nesmí být podceňována (BRECKWOLTD et al., 1996, s. 178).

2.1.3 Potratová pilulka

Je třeba si připomenout, že neexistuje pouze instrumentální forma interrupce, ale i farmakologická forma v podobě potratové tabletky RU 465. Užití této tablety není v České republice povoleno. Tato metoda se praktikuje hlavně ve Francii, Anglii a Švédsku. Pro legislativu, připouštějící legální potraty, se jeví tato varianta jako menší morální zlo. Etická stránka potratu však zůstává stejná. Riziko povolení pilulkové metody je v tom, že se potrat stává něčím snadným a lehce realizovatelným ve srovnání s dalšími metodami, a povede ke zvýšení procenta potratů (OPOČENSKÁ, 2004, s. 9).

2.2 Indikace umělého ukončení těhotenství

Povolení umělého ukončení těhotenství je možné buď na žádost těhotné ženy, anebo ze závažných zdravotních důvodů. Výkon se provádí ve zdravotnickém zařízení ústavní péče. Zatímco výkon na vlastní žádost žena platí, umělé ukončení těhotenství ze zdravotních důvodů je hrazeno pojišťovnou (ČECH et. al. , 2006, s. 479).

2.2.1 Umělé ukončení těhotenství na žádost ženy

Toto zákonné právo, respektující Chartu lidských práv, realizuje žena sepsáním žádosti u svého gynekologa. Výkon má být povolen a proveden nejpozději do 12. týdne těhotenství při respektování těchto kontraindikací:

- při současných zánětlivých onemocněních rodidel
- když předcházející umělé ukončení těhotenství bylo provedeno před dobou kratší šesti měsíců. Bez tohoto časového omezení lze však umělé ukončení těhotenství povolit u žen se dvěma a více dětmi, u žen nad 35 let věku a v případech vzniku těhotenství v souvislosti s trestnou činností
- například po znásilnění (ČECH et. al. , 2006, s. 479).

2.2.2 Umělé ukončení těhotenství ze zdravotních důvodů

Tři časové skupiny vymezují rozdílná kritéria ukončení těhotenství ze zdravotních indikací:

- do 12. týdne – součástí příslušného zákona je podrobný seznam onemocnění, která umělé ukončení těhotenství ze zdravotních důvodů umožňují
- do 24. týdne lze ukončit těhotenství při zjištěných závažných genetických a vývojových poškozeních plodu
- v průběhu celého těhotenství při závažném poškození zdraví ženy či ohrožení jejího života. Výjimečně lze těhotenství bez časového omezení

ukončit také při později zjištěných, s životem neslučitelných malformacích plodu (ČECH et. al. , 2006, s. 479).

2.2.3 Onemocnění, která jsou zdravotními důvody k interrupci

Interní

- závažné chlopenní vady s výrazným omezením srdeční výkonnosti nebo vady, u kterých došlo v předchozím těhotenství k oběhovému selhání
- stav po srdečním infarktu
- srdeční choroby, při kterých dochází do konce 12. týdne k arytmiím, žilnímu městnání nebo cyanóze (zmodrání)
- stavy po srdečních operacích, při kterých nedošlo k úplné korekci vady, nebo nebyly upraveny hemodynamické parametry do normy
- hypertenze s vysokým diastolickým tlakem
- kardiomyopatie
- některá plicní onemocnění (tuberkulóza, astma, chronická bronchitida, absces, fibróza, sarkoidóza)
- geneticky podmíněná onemocnění ledvin, při kterých je jejich funkce snížena pod 50 % (například metabolické onemocnění)
- chronická glomerulonefritida komplikovaná nefrotickým syndromem či hypertenzí
- krvácivé choroby, kde se předpokládá při porodu a v šestinedělí těžké krvácení
- zhoubná onemocnění krve, hemolytické anémie, těžké formy hemofilií
- choroby trávicího ústrojí, do kterých patří komplikovaná cholelithiasa (žlučnickové kameny), recidivující pankreatitida (zánět slinivky břišní), vředová choroba žaludku, ulcerózní kolitida, Crohnova choroba, chronické onemocnění jater
- onemocnění štítné žlázy
- cukrovka, pokud není kompenzovaná nebo s je komplikovaná
- infekční choroby, kde je bezpečně prokázáno riziko pro plod: zarděnky, cytomegalovirus, toxoplazmóza, varicela, AIDS, příušnice,

herpes simplex, EB virosa, virová hepatitida typu B, listerióza, aplikace živých očkovacích látek

- dna s opakovanými záchvaty

Chirurgické

- rozsáhlé břišní a brániční kýly, pokud žena nesouhlasí s operací
- stav po resekci žaludku
- opakované ileosní stavy (ileus = střevní neprůchodnost)
- rozsáhlé benigní břišní a pánevní nádory
- stav po resekci plic
- pokročilé změny na cévách, aneurysma (výduť) velkých cév a mozkových cév
- stavy po odnětí ledviny nebo vrozené zakrnění ledviny, cysty ledvin, ledvinné kameny

Ortopedické

- vrozené vývojové vady kyčle, vrozené nebo získané deformity pánve, artróza nosných kloubů, stavy po rozsáhlých a komplikovaných zlomeninách, stav po dětské mozkové obrně, stav po poliomyelitidě, chronický zánět kostí, nádory pohybového aparátu

Revmatologické

- Bechtěrevova nemoc, revmatoidní artritida, systémový lupus erythematoses, sklerodermie

Onkologické

- zhoubné nádory a stavy po jejich léčbě jak operativní, tak ozářením

Neurologické

- roztroušená skleróza
- degenerativní nemoci nervového systému (Wilsonova choroba, Fridrichova choroba, a jiné)
- vážnější onemocnění svalů a nervů
- stavy po traumatech mozku
- epilepsie, těžké migrény

Psychiatrické

- těžké psychózy, alkoholismus, toxikománie

Kožní

- těžce probíhající některá kožní onemocnění (například lupénka)

Oční

- nemoci očí, u kterých by se dalo umělým ukončením těhotenství zabránit trvalému poškození zraku (vrozený zelený zákal)

ORL

- relativním důvodem k UPT je otosklerosa a dědičná těžká hluchota

Gynekologické a porodnické

- nadměrné těhotenské zvracení s orgánovým postižením
- těžká pozdní gestóza v předchozím těhotenství spojená s vysokým tlakem
- opakované krvácení po porodu v důsledku nezavinování dělohy
- dva porody ukončené císařským řezem
- stavy po operacích pro neudržení moči či výhřez pohlavních orgánů
- ozáření rentgenem při otěhotnění
- věkové důvody (těhotenství před 15. rokem nebo po 40. roce)
- selhání nitroděložní antikoncepce

Genetické důvody

- do této skupiny patří těžké srdeční vady, které nejdou operativně vyřešit. Z genetických vad to může být Downův, Edwardův, Turnerův syndrom a další chromozomální odchylky, jejichž součástí často bývají srdeční vady. Část vrozených vývojových vad je diagnostikována pomocí ultrazvuku. Mezi těžké vrozené vývojové vady neslučitelné s životem patří nevyvinutí mozku, ledvin, hydrocefalus (přetlak mozkomíšního moku v mozkových komorách), rozštěp páteře (spina bifida), rozštěp břišní stěny, kostní onemocnění (osteogenesis imperfecta, nanismus), deformity končetin, těžké rozštěpové vady obličeje, hemofilie. Pokud žena užívala v těhotenství léky, které mohou poškodit plod, či byla vystavena chemickým látkám nebo ionizujícímu záření, doporučuje se ženě těhotenství také ukončit

(BOČÁNKOVÁ, R. 2009. [online]. 2009. [cit. 2010-03-23]. Dostupné na WWW: <<http://www.babyweb.cz/Clanky/a1192-Umele-preruseni-tehotenstvi-ze-zdravotnich-duvodu.aspx>>).

2.3 Komplikace po zákroku umělého ukončení těhotenství

Na výskyt zdravotních komplikací při interrupci mají vliv délka těhotenství, použitá technika a celkový zdravotní stav ženy.

Následky se zpravidla dělí na bezprostřední, časné a pozdní. Mezi bezprostřední patří větší krevní ztráta, poranění děložního hrdla a perforace děložního těla. V důsledku přesunutí většiny výkonů do raných stadií těhotenství, kde není nutná větší násilná dilatace hrdla a zlepšení techniky výkonu, prováděného v naprosté většině případů vakuumaspirací flexibilní kanylou, je výskyt těchto komplikací prakticky zanedbatelný. Zejména porušení vazivového aparátu při dilataci děložního hrdla bývalo nejčastější příčinou následných samovolných potratů a předčasných porodů (UZEL, R. 2007. *Sestra*. [online]. 2007. [cit. 2010-03-23]. Dostupné na WWW: <<http://www.zdn.cz/clanek/sestra/komplikace-interruptce-295951>>).

2.3.1 Časné komplikace

K časným komplikacím řadíme selhání metody v podobě pokračujícího těhotenství, děložní rezidua a zánětlivé komplikace. Selhání metody není častou příhodou a bývá způsobeno především děložní anomálií, zanedbanou diagnostikou vícečetného těhotenství, nebo nepoznaným mimoděložním těhotenstvím. Při zdokonalování ultrazvukových vyšetřovacích technik patří naprostá většina těchto komplikací historii (UZEL, R. 2007. *Sestra*. [online]. 2007. [cit. 2010-03-23]. Dostupné na WWW: <<http://www.zdn.cz/clanek/sestra/komplikace-interruptce-295951>>).

2.3.2 Pozdní komplikace

Mezi pozdní komplikace lze zahrnout záněty vnitřních rodidel, poruchy menstruačního cyklu a následky psychické. Záněty vnitřních rodidel způsobené zavlečením infekce při provádění intrauterinního výkonu bývaly nejčastější

příčinou následné neplodnosti v důsledku pozánětlivé obstrukce vejcovodů. Zlepšením operační techniky interrupce jsou tyto následky prakticky eliminovány. Pozánětlivou neprůchodnost vejcovodů kromě toho lze řešit metodami asistované reprodukce.

Poruchy menstruačního cyklu po interrupci se vyskytují v souvislosti se zánětlivými komplikacemi, poruchy cyklu ve smyslu minus pak v minulosti bývaly zaviněny tak zvaným Ashermanovým syndromem v důsledku příliš hluboké abraze a razantního odstranění endometria kyretou. V současné době při použití moderní vakuumaspirační techniky jsou tyto komplikace rovněž historickou reminiscencí (UZEL, R. 2007. *Sestra*. [online]. 2007. [cit. 2010-03-23]. Dostupné na WWW: <<http://www.zdn.cz/clanek/sestra/komplikace-interrupce-295951>>).

Po interrupci je též časté mimoděložní těhotenství. Násilná dilatace hrdla za pomoci dilatátorů má také následky pro další těhotenství. Častěji dochází k samovolným potratům. Je řada žen, u nichž bylo těhotenství ukončeno několikrát i v krátkých časových intervalech. Tato skutečnost má také vliv na další probíhající těhotenství, mohou nastat tyto komplikace – rigidita hrdla, porucha děložní činnosti, placenta adhaerens, placenta accreta, děložní atonie a jiné (KOTÁSEK, 1976, s. 56).

2.3.3 Šestinedělí

Po interrupci, podobně jako po porodu, je potřeba dodržovat zásady hygieny stejné jako při menstruaci, ale po dobu šesti týdnů. Žena obvykle i celou tuto dobu krvácí. Většina gynekologů doporučuje nejméně 14 dní „nepouštět nic a nikoho do pochvy“. Čípek, obvykle těsně uzavřený, je po potratu otevřen bakteriím nacházejícím se v pochvě. Z lékařského hlediska nejvíce starostí působí sex. Dávka ejakulátu nesoucího bakterie rovnou do dělohy není zrovna to nejlepší. K onemocnění však může vést i poševní výplach, použití tamponů, koupel nebo plavání (HOLLÁ, K. 2009. *Babyweb*. [online]. 2009. [cit. 2010-03-23]. Dostupné na WWW: <<http://www.babyweb.cz/Clanky/a118-Potrat-co-o-nem-mozna-nevite.aspx?s=130>>).

2.4 Psychika ženy po umělém ukončení těhotenství

V psychice ženy existují prokázané rozdíly v psychologických reakcích žen, které souvisí s faktory: legální nebo ilegální interrupce, indikace zdravotní či jiná, postoj okolní společnosti k interrupci, osobnostní rysy ženy, věk ženy, stav (svobodná, vdaná, rozvedená) a stabilita partnerského stavu.

Jednou z nejobtížnějších fází pro ženu je fáze rozhodování. Velká většina žen však nepociťuje žádnou vědomou ambivalenci a i později hodnotí své rozhodnutí jako správné. Důležité je, aby se žena rozhodovala sama, bez nátlaku a to především i v mladém věku. Pro mnohé ženy je rozhodnutí o interrupci první samostatné rozhodnutí se závažnými důsledky pro sebe i její okolí. Pokud žena zažívá potíže s rozhodováním, má menší podporu pro své rozhodnutí od okolí, jde na interrupci později, pak jsou i emoce po interrupci převážně negativní. Rozhodnutí je tím obtížnější, čím je těhotenství více chtěné a významné. V těchto případech se objevují nejen psychické, ale i často somatické komplikace interrupce.

Po interrupci jsou nejčastěji udávanými negativními pocity deprese, lítost, hněv, pocity viny, hanba, strach z prozrazení. Jsou to pocity, které odráží vnitřní pocit ztráty a nebo sociálního nesouhlasu. Silnější negativní pocity doprovázejí interrupce z lékařské nebo psychologické indikace. Převládajícím pocitem po interrupci bývá ale pocit úlevy. Lépe snášejí negativní pocity ženy, které mohou o interrupci s někým hovořit a celkově očekávají své dobré přizpůsobení se situaci. Psychický stav ženy bývá častěji horší před interrupcí než po ní. Rok po interrupci se dokonce ženy, jež se k ní rozhodly, cítí v průměru psychicky lépe než ženy, které porodily dítě.

Byla provedena řada studií týkajících se psychických následků interrupcí. Výsledky byly však často politizovány. Práce, které zdůrazňovaly negativní následky interrupce, došly až k zavedení termínu „postinterrupční traumatický syndrom“ (RASTISLAVOVÁ, 2008, s. 35).

2.4.1 Postinterrupční syndrom

Vzhledem k výraznému snížení výskytu výše jmenovaných komplikací, který je patrný zejména ve vyspělých zemích s liberálními potratovými zákony, začíná přibývat výzkumů, zabývajících se psychickými následky interrupce. Všechny tyto práce se soustřeďují na jev takzvaného „postinterrupčního syndromu“, který spočívá ve stavech deprese, pocitech žalu a viny, často pak narušeného rytmu spánku v důsledku autoakuzace.

Některá náboženská sdružení se dopracovala ke kuriózním a neprokázaným závěrům o vlivu interrupce na výskyt schizofrenie a maniodepresivní psychózy. Studie z 80. let však vesměs prokazují, že pokud je interrupce volně dostupná, žádné psychické poruchy po jejím provedení nevznikají. Ukázalo se také, že prodlužující se tradice liberálního zákona má výrazný vliv nejen na snížení úzkostného stavu před výkonem, ale také na vymizení psychopatologických reakcí po jeho provedení. Psychické následky se pak vyskytují ruku v ruce s restriktivními protipotratovými postoji a nejsou následkem provedení výkonu sui genesis (svého druhu), ale spíše vytvořením vyčítavé atmosféry, která v ženě pocitu viny vytváří a autoakuzací (sebeobviňovací) nálady podporuje.

Je však zapotřebí zdůraznit, že součástí prevence těchto psychických komplikací je eliminace jakéhokoli nátlaku či donucení. Je zapotřebí usilovat o to, aby se k umělému potratu žena rozhodla svobodně a dobrovolně a aby toto její rozhodnutí bylo okolím plně respektováno. Pokud jsou dodrženy uvedené podmínky, udávají ženy po interrupci provedené v prvním trimestru těhotenství pocitu úlevy a štěstí. Pokud se pozitivní pocity vyskytnou společně s negativními, jsou pozitivní prožívány intenzivněji. Pozitivní pocity se objevují asi u 75-80% žen. Více autorů kromě toho prokázalo významný pokles emocionálního distresu (negativního stresu) ve srovnání se stavem před interrupcí.

Psychiatrických komplikací v postinterrupčním období rozhodně není více (spíše méně) než po porodu. K tomuto závěru dospěla mimojiné i komise amerického Kongresu, vytvořená z podnětu prezidenta Reagana, známého odpůrce liberálního interrupčního zákona. Většina seriózních moderních výzkumů se shoduje v poznatku, že takzvaný „postinterrupční psychický

syndrom“ není nic jiného než mýtus (UZEL, R. 2007. *Sestra*. [online]. 2007. [cit. 2010-03-23]. Dostupné na WWW: <<http://www.zdn.cz/clanek/sestra/komplikace-interruptce-295951>>).

3 ČASOVÉ ROZDĚLENÍ UMĚLÉHO UKONČENÍ TĚHOTENSTVÍ

K umělému odstranění plodu z těla matky se řada historicky známých společností stavěla negativně a v zemích se silným katolickým vlivem byla tato činnost přísně trestána. Umělé odstranění plodu z těla matky je záležitost velmi problematická z mnoha hledisek – zdravotních, morálních, etických. Historicky je předmětem mnoha sporů i legislativních a v mnoha státech byla a stále je protiprávní (OPOČENSKÁ, 2004. s. 9).

3.1 Historie

Pokud se podíváme na provádění potratů do historie, raná křesťanská epocha potrat nelegalizovala. Později, ve středověku, se otázka potratu soustředila na problém, kdy je plod „oduševněn“. Za oduševněný se považoval plod ve stáří 40 až 50 dní po početí (tehdy bylo ale velmi problematické určit stáří těhotenství). Tento názor souvisel s Aristotelovým učením a tomistickou naukou o postupném vývoji trojí duše: vegetativní, animální a racionální. Po celý středověk se potrat neoduševnělého plodu nepovažoval za zabití, přičemž plod mužského pohlaví byl oduševněn za 40 dní, ale plodu ženského pohlaví to trvalo 90 dní. Je třeba připomenout, že potrat sám byl odmítán jako zlo, ať už byl plod oduševnělý nebo ne.

Tento stav trval až do poloviny 19. století, kdy papež Pius IX. Trestal exkomunikací všechny, kdo se na potratech podíleli. Od té doby se ženy mohly spolehnout jen na „pomoc“ andělíčkářů.

Z ostatních hlavních náboženství interrupce povoluje židovství v případě, kdy je život matky ohrožen, hrozí postižení plodu, nebo v případě incestního

nebo nemanželského těhotenství. Islám potrat umožňuje ve vymezených případech – v případě nutnosti do 4. měsíce, později v nemoci (OPOČENSKÁ, 2004. s. 9).

3.1.1 Historie interrupcí ve světě

Anglické zákonodárství se jeví jako velmi „pokrokové“. Mezi začátkem 14. a koncem 18. století byl umožněn ženě potrat na přání. Musel se však uskutečnit do prvních pohybů, později byl kvalifikován jako přestupek. Na začátku 19. století, za vlády Jiřího III., se potrat stává zločinem a je přísně trestán.

Přehled historie ukazuje spíše ochranu ženy než plodu. V té době medicína neznala sterilní postupy při operacích a ženy byly ohroženy těžkou infekcí, která je mnohdy stála život (OPOČENSKÁ, 2004. s. 9).

Až do první světové války právní řády většiny zemí potrat zakazovaly. První stát, který uzákonil umělé přerušování těhotenství na žádost ženy, byl SSSR (1923). Od poloviny padesátých let byl zákon o umělém přerušování těhotenství na žádost ženy zaveden ve většině bývalých socialistických zemí s výjimkou NDR (zde vešel v platnost roku 1965) a Albánie. V Anglii a Francii bylo umělé přerušování těhotenství uzákoněno až v sedmdesátých letech.

Ve 20. století se začínají liberalizovat interrupční zákony. Prvenství si zapisuje Rusko, kde byl už v roce 1920 povolen potrat na žádost ženy, pokud se uskuteční do tří měsíců po otěhotnění. Rok 1936 přináší změnu zákona, a umělé potraty byly povoleny jen ze zdravotních důvodů. Po Rusku je přijat potratový zákon ve Švédsku (1938) a Dánsku (1939), na Islandu (1935) a později se přidala Velká Británie (1938). Rakousko-Uhersko trestalo ženu, která se podrobí takovému výkonu, pěti lety vězení. Hitlerovské Německo umělé potraty trestalo smrtí, výjimkou byly ženy židovské národnosti. Francie také považovala provedení potratu za zločin proti státu, a platil zde zejména za 2. světové války trest nejvyšší (v roce 1943 byla popravena „andělíčkářka“).

Stranou zůstala Belgie, která odmítla novelizaci zákona z roku 1867. Protesty obyvatel si vynutily abdikaci belgického panovníka, který byl znovu parlamentem potvrzen poté, co parlament schválil zákon možnosti potratu

ženám v krizové situaci. Rumunsko, které za Ceaucescova režimu odmítalo interrupce z jakéhokoli důvodu a upřednostňovalo páry s více dětmi. Bezdětné páry nad 25 let musely platit určitou formu pokuty za to, že nevychovávají děti. Pouze tehdy, pokud prokázaly, že děti nemohou mít ze zdravotních důvodů, jim byly pokuty prominuty (OPOČENSKÁ, 2004. s. 9).

3.1.2 Historie interrupcí u nás

V bývalém Československu byl potratový zákon uveden do praxe v roce 1958, jeho prováděcí předpisy však různými úpravami omezovaly podmínky k provedení potratu. Od roku 1987 začal platit zákon, kterým byly zrušeny potratové komise a rozhodování o počtu a době narození dětí bylo ponecháno plně na matce. Zároveň byla zavedena nová technika provádění potratů, tak zvaná miniinterrupce.

V mnoha zemích světa je interrupce ilegální či velmi problematická a žena musí kvůli souhlasu s výkonem absolvovat schvalování komisí (HOLLÁ, K. 2007. [online]. 2007. [cit. 2010-03-14]. Dostupné na WWW: <<http://www.sexualne.cz/novinky/interrupce-potrat-220>>).

U nás platil až do roku 1950 podobný zákon jako za éry Rakouska-Uherska, později se potrat připouštěl při indikaci těžké újmy na zdraví či ohrožení života. Výraznou liberalizaci přinesl zákon č. 68/1957, který zavedl interrupční komise a umožnil provedení umělého potratu i z důvodu „hodných zvláštního zřetele“. Tento trend se postupně rozšířil na celou Evropu (OPOČENSKÁ, 2004. s. 9).

3.2 Současnost

V současnosti platí potratová prohibice v Irsku, Chile, Andoře, Lichtenštejnsku, na Maltě a v Polsku. Ženám umožňují provedení potratu sousední státy a hovoří se o potratové turistice (OPOČENSKÁ, 2004. s. 9).

Například řada žen z Polska podstupuje potraty na klinikách v České republice a ženy z Irska podstupují potraty na klinikách v Anglii (HOLLÁ, K. 2007. [online]. 2007. [cit. 2010-03-14]. Dostupné na WWW: <<http://www.sexualne.cz/novinky/interruptce-potrat-220>>).

Restriktivní zákonodárství, které je platné v těchto zemích, se důsledně řídí strategií Pro Life. Tato strategie považuje interrupci za vraždu a povoluje ji jen v případě, kdy by těhotenství život ženy ohrožovalo, nebo pokud je gravidita výsledkem znásilnění. Zároveň jsou odmítány i antikoncepční prostředky. Ve světě se už množí případy, kdy ve jménu hnutí Pro Life jsou organizovány útoky na kliniky, kde se ukončení těhotenství provádějí. Hnutí Pro Life v České republice zřizuje azylové domy na pomoc matkám v tísní a nabízí i anonymní porody v dětském domově v Aši.

Liberální zákonodárství – strategie Pro Choice se přidává na stranu ženy, která má výhradně rozhodovat o počtu a době zrození svých dětí. Zároveň zdůrazňuje, že nikdo jiný nemá právo do jejího rozhodnutí zasahovat. Přesto chápe interrupci jako řešení krajní nouze, nepovažuje ji za jedinou metodu antikoncepce. Trvá také na důsledné prevenci nechtěných těhotenství a na sexuální výchově mladistvých (OPOČENSKÁ, 2004. s. 9).

Existují také takzvané potratové lodě, které pocházejí ze států, kde jsou potraty legální, a vyplouvají k zemím, kde jsou potraty postaveny mimo zákon. Loď zakotví v mezinárodních vodách zhruba dvanáct mil od pobřeží, a pak se na osoby na její palubě vztahuje zákon země, odkud loď pochází. Ženám, které se dopraví na palubu, jsou poskytnuty rady a pomoc v podobě antikoncepce, potratových pilulek a interrupcí, a to pod dohledem odborníků gynekologů. Nejznámější loď provozuje v rámci svého projektu hnutí „The Women on Waves“ (Ženy na vlnách), které je podporováno nizozemskou vládou (HOLLÁ, K. 2007. [online]. 2007. [cit. 2010-03-14]. Dostupné na WWW: <<http://www.sexualne.cz/novinky/interruptce-potrat-220>>).

4 ETIKA A LEGISLATIVA

Definice etiky

Etika je filosofická vědní disciplína, která zkoumá morálku. Tím, že kontinuálně analyzuje hodnoty a mechanismy regulace, může vést člověka k dobru.

Etika jako teorie morálky není ničím samozřejmým a úzce souvisí se socializačním procesem člověka. Rozvoj a kultivace etiky odpovídá úrovni vědomí tvorby dobra a spravedlnosti.

Etika je věda, která zkoumá mravně relevantní jednání, tj. projevuje se v ní hodnotící aspekt, který říká, o co má člověk v životě usilovat a jak se má chovat k jiným lidem. Mravně relevantní jednání v sobě zahrnuje odpovědnost a oprávněnost v bezprostřední vazbě na svobodu volby. Svobodná volba nám umožňuje dobrovolně spojit svůj život s okolním světem.

Etika je souborem zásad lidského chování (KOŘENEK, 2001, s. 24).

4.1 Právo ženy a dítěte

Interrupce představují mimořádně citlivý problém odborný, etický a politický. Názorové spektrum je široké a kolísá od extrémního odmítání každé interrupce (tedy i ze zdravotních důvodů) až po bezvýhradné přijímání. Reprezentanti restriktivních zákonů argumentují právem na život každého člověka a toto právo vztahují i na nenarozené dítě. Názory vyslovující se pro legální interrupce se opírají o argumentaci spočívající v tom, že v podstatě nelze určit, kdy se stává život právě životem člověka jako jedinečné a neopakovatelné bytosti, a dále v právu ženy, která má mít konec konců poslední slovo v otázce, zda si dítě ponechá či nikoliv. Ve vyhocené diskusi je pak zpravidla právo nenarozeného dítěte a právo těhotné ženy interpretováno jako neslučitelné.

V některých zemích je interrupce legální, v jiných je uplatňován různě silný restriktivní zákon. Legalizace interrupce se zpravidla opírá o názor, že žena má právo na takové rozhodnutí, neboť jenom ona je schopna nejlépe

posoudit svou lidskou, sociální i ekonomickou situaci. Argumentuje se též složitými osudy tzv. nechtěných dětí, právě tak jako hrozbou případných ilegálních neboli kriminálních potratů, kterým nelze zabránit ani striktním zákazem interrupcí. I při legalitě je však interrupce pokládána za nouzové řešení. Pohlíží se na ni jako na výkon, který se provádí proto, že selhala dostupná preventivní opatření k zabránění těhotenství, anebo že žena otěhotněla z jiného než chtěného důvodu (zanedbání, podcenění nebo nedostupnost antikoncepce (HAŠKOVCOVÁ, 1997, s. 93-94).

4.2 Legislativa

K umělému ukončení těhotenství je v různých zemích značně rozdílný právní přístup. V České republice je legislativně povolen zákonem ČNR č. 66/1986 Sb., a vyhláškou MZd. ČSR č. 15/1986 Sb. (ČECH et. al. , 2006, s. 479).

Zákon je v souladu s odbornými požadavky a s mezinárodními zásadami individuálních lidských práv v oblasti lidské reprodukce.

Zákon ženě poskytuje možnost rozhodnout se pro odborně lékařsky provedené umělé ukončení těhotenství a chránit tak své zdraví a život před důsledky neodborně provedeného zákroku. Tento požadavek je obsažen v rezoluci Rady ministrů Rady Evropy č. 75/29 ze 14. listopadu 1975 a je v souladu s deklarací WHO z r. 1990, která členským zemím doporučila zajistit, aby provedení potratů, pokud je podle zákona přípustné, bylo dostupné všem ženám bez ohledu na jejich sociální nebo hospodářskou situaci.

Zákon zdůrazňuje, že umělé ukončení těhotenství z nelékařské indikace není antikoncepční metodou a považuje se za společensky nežádoucí jev a za krajní řešení pro ženy, které se ocitly v situacích, kdy nežádoucí těhotenství vytváří podmínky pro ženy a jejich dítě jen obtížně řešitelné až neřešitelné. O této situaci rozhoduje žena sama.

Listina základních práv a svobod prohlašuje v čl. 6 odst. I, že lidský život je hoden ochrany již před narozením.

Naplnění tohoto požadavku je třeba spatřovat především v rozsáhlé a kvalitní prenatální péči a v podmínkách ostatních sfér společenského života.

Ani z uvedených mezinárodních úmluv, ani z čl. 6 odst. 1 Listiny základních lidských práv a svobod nelze dovozovat zákaz potratu. Tato listina vyjadřuje úctu k lidskému životu a směřuje k takové právní regulaci umělého ukončení těhotenství, která by respektovala důstojnost lidské osoby a právo ženy rozhodovat se sama o osudu svého těhotenství.

Je plně respektováno právo ženy nesouhlasit s možností ukončit své těhotenství z nelékařských nebo i z lékařských důvodů pokud je v rozporu s jejími názory a přesvědčením. V případech, že žena proti radě lékařů odmítá ukončení svého těhotenství ze zdravotních důvodů, je naše zdravotnictví povinno takové ženě poskytnout maximální péči na příslušné specializované úrovni (Ministerstvo zdravotnictví, 2000. *Hnutí Pro život*. [online]. 2000. [cit. 2010-03-23]. Dostupné na WWW: <<http://prolife.cz/?a=24&id=37>>).

Umělé ukončení těhotenství

Je někdy klasifikováno jako přímé a nepřímé. V prvním případě je bezprostředně zamýšleným cílem zákroku, v druhém případě je doprovodným efektem při lékařském zákroku, jehož cíl je jiný, např. vedlejší důsledek při operaci rakovinného nádoru apod. Etickým problémem zůstává přímý potrat. Do dnešní doby neexistuje konsenzus týkající se jeho etické kvalifikace. Naopak se zdá, že přibývá diverzity různých řešení vzhledem k pluralitě světonázorových hledisek a východisek, která nacházíme v kulturní oblasti současného světa (ONDOK, 2005, s. 94).

4.3 Interrupční komise

Důležitým mezníkem v tehdejší československé legislativě byl zákon č. 68/1957 Sb. Interrupce se stala přípustnou nejen ze zdravotních důvodů, ale také z důvodů „zvláštního zřetele hodných“ a bylo ji možné provést do ukončeného třetího měsíce těhotenství. Pouhá žádost ženy však nestačila, povolení bylo vázáno na činnost interrupčních komisí.

Prověření občané v interrupčních komisích rozhodovali o tom, zda žena bude či nebude moci zákrok podstoupit. Ženy braly tyto komise často jako formalitu. Byly spojeny s falešnými prohlášeními či dokonce korupcí. Často se

také uvádí, že před komise chodili profesionální „tatínkové“, kteří si za své služby nechali platit. Službou se pak rozumělo prohlášení, že dítě bylo počato v rámci mimomanželského styku. To, že mimomanželský pohlavní styk byl považován za dostatečný „zvláštního zřetele hodný“ důvod, ponechme raději stranou.

Stranou by také neměl zůstat fakt, že tyto komise sloužily k šikanování a kádrování lidí v tehdejším Československu.

Protože interrupční komise bránily aplikaci nových lékařských postupů, především miniinterrupcím, a ČSSR se oddalovala vývoji ve světě (včetně jiných „socialistických“ států) byla vytvořena nová právní úprava. Zákon č.66/1986 Sb. o umělém přerušeni těhotenství byl přijat v říjnu 1986 a přinesl liberální přístup k této problematice. K zákroku stačí pouhá žádost ženy bez uvádění různých sociálních či ekonomických důvodů. Interrupce může být provedena, pokud těhotenství nepřesahuje dvanáct týdnů a pokud tomu nebrání ženiny zdravotní důvody.

I přes liberální postoj české veřejnosti a historickou zkušenost se však po změně režimu v roce 1989 začaly objevovat tendence usilující o změnu stávající legislativy. Často zmiňovaným důvodem pro tyto aktivity byl kromě důvodů etických také strmý pokles porodnosti. Návrhy usilující o změnu stávající legislativy ve prospěch omezení interrupcí či jejich zákazu jsou v ČR iniciovány křesťanskými neziskovými organizacemi působícími v této oblasti (SOKAČOVÁ, L. 2006. *Britské listy*. [online]. 2006. [cit. 2010-03-14]. Dostupné na WWW: <<http://www.blisty.cz/2006/1/5/art26365.html>>).

EMPIRICKÁ ČÁST

5 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

Ošetřovatelský proces je systematická, racionální metoda plánování a poskytování ošetřovatelské péče. Jeho cílem je zhodnotit pacientův zdravotní stav, skutečné či potencionální problémy péče o zdraví, vytyčit plány na zhodnocení potřeb a poskytnout specifické ošetřovatelské zásahy na uspokojení těchto potřeb. Ošetřovatelský proces je cyklický, to znamená, že jeho složky následují za sebou v logickém pořadí, ale v tom samém okamžiku může být v činnosti víc než jedna složka.

Aby sestra mohla realizovat ošetřovatelský proces co nejefektivněji a mohla individualizovat svůj přístup ke každému pacientovi/klientovi, musí s ním spolupracovat, přičemž pacientem/klientem lze rozumět jednotlivce, rodinu či skupinu. Pokud pacient není schopný podílet se na plánování a na procesu vykonávání rozhodnutí, sestra může požádat rodinného příslušníka, aby se na něm podílel jeho jménem.

Aplikace ošetřovatelského procesu vyžaduje, aby sestra ovládala různé dovednosti čteně interpersonálních, technických a intelektových. Interpersonální dovednosti zahrnují komunikaci, naslouchání, projevování zájmu, vědomosti, informace, rozvíjející se důvěru a získávání údajů způsobem, který upevňuje individualitu klienta, zlepšuje integritu rodiny a přispívá k životaschopnosti skupiny. Technické dovednosti se projevují využitím zařízení a zručným vykonáváním procedur. Intelektové dovednosti, které sestra potřebuje, zahrnují řešení problémů, kritické myšlení a tvoření ošetřovatelských úsudků. Vykonávání rozhodnutí je součástí všech složek ošetřovatelského procesu (KOZIEROVÁ, 1995, s. 166 - 167).

5.1 Fáze ošetrovatelského procesu

Fáze 1 – zhodnocení nemocného

Než se sestra rozhodne pro nejvhodnější způsob ošetřování, měla by být o nemocném dobře informována, a to nejen z hlediska jeho aktuálního stavu, ale i z hlediska jeho předchozího vývoje včetně sociální situace a charakteristiky jeho osobnosti ve vztahu k jeho zdraví i nemoci. Proto je nezbytné, aby v první fázi ošetrovatelského procesu provedla sestra kvalitní zhodnocení pacienta s cílem získat co nejvíce potřebných informací.

Při zahájení ošetrovatelského procesu je nezbytné určit:

- kdo bude hodnocení provádět (osobní – primární, skupinová sestra)
- jaké informace je třeba zjišťovat
- jakými metodami je lze získávat
- jak budou informace dokumentovány – záznamy

V 1. fázi vychází sestra ze zvoleného teoretického modelu ošetrovatelství, který se stává podkladem pro jednotlivé fáze ošetrovatelského procesu, zejména v oblasti zhodnocení nemocného.

Tak lze např. vycházet:

- z vyhledávání biologických, psychických a sociálních potřeb člověka narušených nemocí nebo v průběhu onemocnění vzniklých (model Hendersonové)
- nebo ze schopnosti adaptace nemocného (model Royové)
- či zajistit si určité aktivity denního života (model Rogersové a spol.)

Na základě zhodnocení pacienta pak sestra ve spolupráci s ním stanoví nejzávažnější poruchy potřeb, problémy ošetrovatelské péče, případně ošetrovatelskou diagnózu a plánuje jejich uspokojování prostřednictvím aktivní a iniciativně „nabízené“ ošetrovatelské péče. Nakonec efekt poskytnuté péče společně s nemocným (pokud to situace dovoluje) zhodnotí a koriguje další postup v jeho ošetřování.

Hodnocení nemocného v první fázi ošetrovatelského procesu má 2 části:

- a) ošetrovatelskou anamnézu
- b) zhodnocení současného stavu pacienta

Nejdříve však sestra zjišťuje především informace, které jí pomohou jednak okamžitě zahájit potřebnou ošetrovatelskou péči, jednak jsou zcela zásadní pro stanovení ošetrovatelské diagnózy a na ní postavené individualizované aktivní péči. Jsou to:

- **identifikační údaje** (jméno, věk), které jí umožní ihned navázat osobní kontakt s nemocným tím, že ho vždy oslovuje jménem
- **současný zdravotní stav**, který ovlivňuje naléhavost další ošetrovatelské péče. Pro podrobnější zhodnocení si sestra vymezí vhodnou pozdější dobu
- **anamnestické údaje** z oblasti zdravotní, psychologické i sociální (ošetrovatelská anamnéza) zjišťující běžný způsob života pacienta.

Fáze 2 – ošetrovatelská diagnóza

Ošetrovatelská diagnóza je výsledkem zpracování informací o nemocném. Vztahuje se k pacientovým potřebám, problémům, které mohou být uspokojeny samostatnou ošetrovatelskou intervencí. V některých zemích se vyjadřuje ošetrovatelská diagnóza terminologií „porucha potřeby“, jinde užívají název „problém“. Stále častěji se však setkáváme s taxonomií ošetrovatelských diagnóz, která sjednocuje názvosloví a dává možnost systematického třídění. Nejčastěji je užívána v USA, například NANDA systém.

Ošetrovatelskou diagnózou se rozumí identifikace potřeb nemocného, které jsou onemocněním buď narušeny nebo je porucha zdravotního stavu vyvolá. Nemocný, který je v normálním životě schopen své potřeby uspokojovat přiměřeným způsobem, nyní strádá jejich frustrací. Kromě zajištění potřeb nemocného je součástí ošetrovatelské diagnózy také stanovení problémů nemocného, které lze vhodnou ošetrovatelskou péčí řešit. Označují se jako ošetrovatelské problémy.

Cílem této fáze ošetrovatelského procesu je společně najít, co pacienta trápí, čím je ohrožen a stanovit významnost těchto problémů pro ošetrovatelskou péči z hlediska sestry i nemocného. Sestra může nemocnému při uspokojování potřeb pomáhat radou, edukací, může pomoci vést rodinu a samozřejmě sama poskytuje dobrou profesionální péči.

Ošetrovatelská diagnóza znamená:

- vytřídění informací

- verbalizaci současných i potencionálních problémů nemocného
- stanovení pořadí jejich priorit
- vše provést za účasti pacienta (pokud je to možné)

Ošetrovatelskou diagnózu stanoví primární sestra na základě vyhodnocení získaných informací.

Ošetrovatelské diagnózy řadí sestra za sebou podle naléhavosti jejich řešení. Při stanovení ošetrovatelské diagnózy bere vždy v úvahu vedle svých odborných znalostí rovněž pacientovo hledisko. Pořadí diagnóz (priority problémů) tak, jak je vidí sestra, se nemusí shodovat s hlediskem nemocného. Proto sestra nedělá definitivní závěry nikdy předtím, než o problémech, které identifikovala, pohovoří s nemocným.

Stanovení ošetrovatelské diagnózy nesmí být formální. Sestry by měly hovořit o problémech (diagnózách) svých nemocných na denních schůzkách pracovních týmů a hledat společné optimální řešení. Teprve pak má tento způsob ošetrovatelské péče smysl a lze mluvit o týmové spolupráci.

Fáze 3 – ošetrovatelský plán

Zatímco při stanovení ošetrovatelské diagnózy jsme všichni včetně nemocného společně našli, co pacienta nejvíce trápí a ohrožuje, v této fázi společně hledáme, jakou roli sehraje každý z nás při jeho ošetrování: co jsem schopna udělat a zařídit jako primární sestra, co mohou udělat ostatní, co je schopen nemocný zajistit si sám a jak se může zapojit do procesu návratu zdraví, udržení soběstačnosti a tak dále, jaký typ ošetrovatelské péče potřebuje nyní a co bude zapotřebí v dalším období, jak mohou být nápomocní příbuzní a přátelé nemocného.

Plánování znamená:

- určení priorit řešení problémů
- stanovení cílů péče
- určení, jakým způsobem cílů dosáhneme
- zápis ošetrovatelského plánu

Třetí fází ošetrovatelského procesu lze rozdělit do dvou oblastí:

a) nejprve je třeba stanovit cíle a očekávané výsledky ošetrovatelské péče

b) potom sestra navrhne sesterské intervence (činnosti), kterými chce stanovených cílů dosáhnout – vypracuje individuální plán ošetrovatelské péče. Základní (vstupní) ošetrovatelský plán zahrnuje první 4 kroky, pak následuje zhodnocení pacientovy reakce. Průběžný ošetrovatelský plán zahrnuje všechny komponenty. Stanovený plán ošetrovatelské péče určuje priority jednotlivých sesterských intervencí, to znamená jak a v jakém pořadí budeme společně řešit individuální problémy nemocného (klienta).

Fáze 4 – realizace plánu

V průběhu této fáze plní každý z účastníků svoji příslušnou roli a úkoly dané ošetrovatelským plánem směřujícím vždy k zajištění prospěchu a relativní pohody nemocného. V této vysoce profesionální a samostatné ošetrovatelské péči se odrážejí samozřejmě jak obecné charakteristiky moderního ošetrovatelství, tak specifiky ošetrovatelství v příslušném lékařském oboru aplikované v individuální situaci konkrétního nemocného. Současně získáváme o nemocném další poznatky, které umožňují lépe specifikovat ošetrovatelskou diagnózu a operativně modifikovat další ošetrovatelskou péči.

Fáze 5 - zhodnocení efektu poskytnuté péče (plánu)

Sebelépe míněná ošetrovatelská péče by se mohla minout účinkem, kdybychom si vždy nekladli otázku, zda je naše úsilí skutečně správné, zda jsme rozhodli pro skutečně nejlepší strategii ošetrování. Proto je i tato fáze ošetrovatelského procesu velmi důležitá a nezastupitelná.

Zhodnocení účinnosti poskytnuté péče znamená:

- zjištění, zda bylo dosaženo stanoveného cíle
- změření úspěchu poskytnuté péče
- získání dalších informací o nemocném a plánování další péče, pokud cíle zatím úplně dosaženo nebylo
- analýzu jednotlivých kroků ošetrovatelského procesu a jejich nezbytnou korekci

(STAŇKOVÁ, 2005, s. 13 – 19).

6 KAZUISTIKA

Děvětatřiceliletá pacientka byla přijata na oddělení pooperační gynekologie ve FN Motol s diagnózou těhotenství na plánovaný operační výkon umělé ukončení těhotenství. Pacientka k nám byla odeslána od svého obvodního gynekologa, který těhotenství potvrdil pomocí ultrazvukového vyšetření. Pacientka se cítí lehce unavena a trpí nauzeou. Po přijetí lékařem je pacientka uložena na pokoj.

6.1 Průběh hospitalizace

1. den

07:00 – klientka byla přijata na oddělení pooperační gynekologie. Byla uložena na pokoj, byly změřeny fyziologické funkce (krevní tlak, puls, tělesná teplota). Klientka se převlékla do nemocniční košile a byla poučena o výkonu.

8:00 – pro klientku přijel sanitář a odvezl ji na operační sál, kde byl výkon proveden.

8:45 – klientka byla po výkonu převezena zpět na pokoj, monitoroval se krevní tlak po 15-ti minutách po dobu 2 hodin, poté byl krevní tlak měřen po 30-ti minutách po dobu 1 hodiny a potom se měřil tlak 1 x za hodinu do 14:00 hodin. Provedla jsem kontrolu krvácení. Ze sálu byla klientka přivezena s infuzí s fyziologického roztoku.

09:00 – klientka udávala pocit nevolnosti, na základě čehož jsem jí přinesla emitní misku s buničinou a intravenosně jsem podala Torrecan dle ordinace lékaře.

10:00 – klientka požádala o lék na bolest, byl jí podán Diclofenac supp., dle ordinace lékaře.

11:00 – klientce jsem přinesla hořký čaj a poučila ji, že ho má pít pomalu, po doušcích, aby se jí neudělalo nevolno.

12:00 – přišla jsem za klientkou, abych s ní vstala po výkonu a doprovodila ji na toaletu. Pomalu jsem s klientkou vstala, nejdřív se posadila

na postel, poučila jsem klientku, aby se dívala dopředu před sebe, aby se jí neudělalo nevolno. Klientka bez problémů vstala. Doprovodila jsem jí na toaletu, kde se měla vymočit. Klientka se bez obtíží vymočila a poté jsem ji odvedla zpět na pokoj.

13:00 – klientce byla podána infuze 5% roztoku Glukózy (500 ml) dle ordinace lékaře.

15:00 – klientce jsem změřila tělesnou teplotu jejíž hodnota byla 37,5°C, podala jsem Paralen v tabletě na snížení tělesné teploty dle ordinace lékaře.

16:00 – klientce jsem změřila krevní tlak a tělesnou teplotu, hodnota krevního tlaku byla 110/70, hodnota tělesné teploty byla 36,9°C.

17:00 – klientce byla podána večeře, kuřecí vývar a bramborová kaše. Po večeři klientka odpočívala.

18:00 – klientka žádala další lék na bolest, podala jsem jí Diclofenac supp. dle ordinace lékaře.

18:30 – byla provedena večerní vizita lékařem. Lékař neshledal žádné závažné komplikace. Krvácení v normě, tělesná teplota klesla a hodnota krevního tlaku je též v normě.

19:00 – klientce jsem změřila tělesnou teplotu jejíž hodnota byla fyziologická (36,7°C).

20:00 – klientce byla podána infuze 1000 ml Fyziologického roztoku dle ordinace lékaře.

22:00 – noční klid na oddělení. Klientka spala celou noc.

2. den

6:00 – klientce jsem změřila tělesnou teplotu a krevní tlak. Hodnota krevního tlaku byla 110/65, hodnota tělesné teploty byla 36,5°C.

7:00 – u klientky byla provedena lékařská vizita, lékař neshledal žádné závažné problémy. Lékař klientce oznámil, že bude propuštěna domů.

7:30 – edukovala jsem klientku o dodržování šestinedělí.

8:00 – klientce byla podána snídaně.

9:00 – klientce byla předána propouštěcí a lékařská zpráva, a byly jí dány domů léky proti bolesti – Diclofenac supp.

10:00 – klientka opustila oddělení.

6.2 Anamnéza

Rodinná anamnéza:

Otec a matka zdraví
Babička DM na inzulínu
Dcera zdravá

Osobní anamnéza:

Zdravotní stav dobrý
Běžné dětské nemoci
V 10 letech zlomenina prstu na pravé ruce, zhojeno bez komplikací
Ve 12 letech APPE
Varixy: 0

Gynekologická anamnéza:

Menarche ve 12 letech, cyklus 28/5, pravidelná, bolestivá, slabé krvácení
2005 konizace čípku
Porody: 1999 spontánní, děvče, 3100g, zdravá, porod bez komplikací, těhotenství bez komplikací, šestinedělí fyziologické
Potraty: 2009/5 UPT

Abúzus:

Kouření: 10/den
Káva: 2x denně
Alkohol: příležitostně si dá skleničku vína
Drogy: 0

Alergologická anamnéza:

Jahody, ananas, pyly

Pracovní anamnéza:

Pracuje jako prodavačka spodního prádla v obchodním centru, v zaměstnání je spokojena.

Sociální anamnéza:

Bydlí s dcerou v bytě.

6.3 Fyzikální vyšetření sestrou

- Hospitalizace: 16.11. 2009 – 17. 11. 2009
- Iniciály: Z. S.
- Věk: 39 let
- Pohlaví: žena
- Stav: rozvedená
- Hmotnost: 60 kg
- Výška: 167 cm
- Celkový vzhled: unavená, upravená
- Puls: 74/min., pravidelný
- Krevní tlak: 110/70 Torrů
- Dýchání: 17/min., pravidelné, klidné
- Tělesná teplota: 36,7°C
- Kůže: růžová, bez zjevného poškození
- Chybějící část těla: ne
- Chůze: bez problémů
- Riziko vzniku dekubitů: ne, (dle Nortonové) počet bodů: 34
- Riziko pádu: ne, hodnocení: 0 bodů

Pacientka má zavedený periferní žilní katetr

Nalezené ošetrovatelské problémy: Riziko vzniku infekce.

6.4 Ošetrovatelská anamnéza

Na sběr informací o klientce jsem použila ošetrovatelskou anamnézu podle Majory Gordonové. S klientkou jsem spolupracovala v rámci mé povinné školní praxe ve Fakultní nemocnici v Motole na oddělení pooperační

gynekologie, po dobu její dvoudenní hospitalizace. Informace byly odebírány od klientky a z lékařské dokumentace. Zhodnocení ošetřovatelských cílů bylo prováděno průběžně během hospitalizace.

Model Gordonové vyhovuje ošetřovatelské praxi, ale i vzdělávání a výzkumu. Studentům poskytuje obecný rámec obsahu studia a učebních aktivit na vysokých školách. Pro sestry a porodní asistentky představuje systémový přístup a kritické myšlení v rámci profesní kompetence při realizaci jednotlivých fází ošetřovatelského procesu: systematické získání informací, hodnocení zdravotního stavu klienta/klientky, jejich analýzu a stanovení plánu péče s užitím odborné terminologie.

Model funkčního typu zdraví splňuje požadavek na rámcový standard pro systematické ošetřovatelské zhodnocení zdravotního stavu klienta/pacienta, v jakékoli oblasti systému péče – primární, sekundární a terciární. Také v oblasti služeb jako akutní, následné, lázeňské, domácí, komunitní a dalších. Model je výsledkem grantu, který byl v 80. letech financován federální vládou Spojených států amerických. Dr. Majory Gordon působí jako profesorka ošetřovatelství, v současné době je prezidentkou The North American Nursing Diagnosis Association – NANDA. (Archalousová, 2003, s. 22)

6.4.1 Vnímání zdraví

Klientka vnímá svůj zdravotní stav jako částečně dobrý. Nemoci za poslední rok nebyly závažné, jednalo se o chřipku či nachlazení. Úrazy za poslední rok nebyly žádné. Cítí se lehce nevyrovnaná. Má pocit viny vůči plodu. Chtěla si miminko nechat, ale kvůli rodinné situaci nemohla. Má problémy se svým partnerem. Svě jedenáctileté dceři, se kterou žije, o svém problému neřekla, má strach, jak by to její dcera nesla. Pro udržení zdraví chodí na procházky a zahradničí. Za poslední rok neprodělala žádné vážné onemocnění. Lékařská doporučení dodržuje důsledně. Při objevení současných obtíží navštívila lékaře.

Nalezené ošetřovatelské problémy: Strach, Úzkost

6.4.2 Výživa a metabolismus

Klientka přijímá potravu samostatně bez pomoci. Chuť k jídlu má dobrou a stav výživy je přiměřený. Přijímání stravy je ústy a strava má normální formu. Polykání je bez obtíží. Stav chrupu dobrý. Občas mívá pálení žáhy. Před hospitalizací trpěla častou nauzeou, nyní jen občas. Doma nedodrží žádnou speciální dietu. Klientka jí 5x až 6x denně. Za 24 hodin vypije asi 1 – 1,5 litru tekutin. Kožní turgor je snížený. Kůže je růžová, suchá, bez defektů. Sliznice jsou růžové. Schopnost hojení ran je dobrá. Stav vlasů dobrý.

Nalezené ošetrovatelské problémy: Nauzea

6.4.3. Vylučování

Klientka nemá ve vylučování moče žádné obtíže. Močí spontánně sama. Moč je čirá, bez příměsí. Při vyprazdňování tlustého střeva často dochází k zácpě (2x týdně), stolice je tužší, bez patologických příměsí. Na vyprazdňování užívá projímadlo (Gutalax). Tento problém trvá zhruba 2 měsíce, předtím klientka neměla s vyprazdňováním stolice žádné problémy.

Nalezené ošetrovatelské problémy: Zácpa

6.4.3 Aktivita a cvičení

Pohybová aktivita klientky je dostatečná, v pravidelných intervalech cvičí 3x – 4x za měsíc na ortopedu. Chodí na pravidelné procházky s dcerou. Její BMI je 22,2. Klientka má pocit dostatečné síly a životní energie, je nezávislá, soběstačná. Držení těla je vzpřímené, koordinace dobrá.

Nenalezeny žádné ošetrovatelské problémy.

6.4.5 Spánek a odpočinek

Klientka má problémy s usínáním, souvisí to s momentálním stavem. Často přemýšlí o svém problému a nemůže usnout. Spánek je klidný. Ráno se cítí lehce nevyspalá a unavená. Přes den nespí. Léky na spaní neužívá. Rušivé faktory spánku nejsou.

Nalezené ošetřovatelské problémy: Spánek porušený, Únava

6.4.6 Vnímání

Klientka neudává žádné smyslové poruchy. Vědomí je jasné, řeč plynulá, hovoří jasným hlasem. Udržuje otevřený kontakt. Brýle ani jiné kompenzační pomůcky nepoužívá. Na pravidelné kontroly nedochází. Paměť má v pořádku. Udrží stálou pozornost. Styl učení je logický. Klientka je orientována místem a časem. Klientka má nyní akutní bolest v podbřišku, která souvisí s operačním výkonem, dostala od ošetřujícího personálu lék proti bolesti (Diclofenac supp.). Klientka mívá migrény. Bolest vnímá přiměřeně, tiší ji analgetiky (Novalgin), které ji předepisuje její obvodní praktický lékař. Intenzitu bolesti hodnotí jako střední. Na stupnici bolesti číslo 4.

Nalezené ošetřovatelské problémy. Akutní bolest

6.4.7 Sebepojetí

Klientka je pesimisticky naladěna. Vnímá se jako schopná žena. Důvěřuje si méně. Mívá pocity úzkosti z toho co bude dál. Tyto pocity pomáhá odstranit více práce a kolektiv přátel. Klientka je částečně spokojena se svým vzhledem. Bývá nervózní ze změn. Když je nervózní tak si hraje s řetízkem co má na krku a tře oči.

Nalezené ošetřovatelské problémy: Úzkost

6.4.8 Role – mezilidské vztahy

Klientka žije s dcerou v bytě. Počet členů rodiny: 2. Má přítele, se kterým má problémy, nebydlí s nimi. Pracuje jako prodavačka spodního prádla v obchodním centru, kde je spokojená. Rodinné vztahy s dcerou jsou bez problémů, vztah s rodiči není dobrý, nestýká se s nimi, navštěvuje pouze svou babičku. Kontakty s lidmi jsou časté, hlavně v zaměstnání. Chování k lidem je přátelské a asertivní.

Nenalezeny žádné ošetrovatelské problémy.

6.4.9 Sexualita

Klientka nemá žádné sexuální obtíže. Sexuální vztahy jsou dobré, má stálého sexuálního partnera. Žije aktivním sexuálním životem. Menstruaci má od 12-ti let cyklus 28/5, pravidelná, bolestivá, slabá. Klientka byla 3x těhotná, z toho 1x porodila a 2x byla na umělém ukončení těhotenství. V těhotenství žádné problémy nebyly. Antikoncepci pacientka neužívá.

Nenalezeny žádné ošetrovatelské problémy.

6.4.10 Stresové a zátěžové situace

Klientka prožívá napětí zřídka, je vyvolané vlastní nemocí (chřipka, nachlazení), nebo když je nemocná její dcera. Napětí snižuje relaxace a odpočinek, v případě nemoci její dcery sníží napětí informace od lékaře. Napětí snáší lehce a chvíli trvá než se s tím vyrovná. Stresové situace zvládá klientka s podporou přátel. Důležité změny v posledních dvou letech byly: květen 2009 umělé ukončení těhotenství.

Nenalezeny žádné ošetrovatelské problémy.

6.4.11 Víra a životní hodnoty

Klientka není nábožensky založena. Věří v život a že bude vše zase v pořádku. Žebříček hodnot je následující: 1. Zdraví, 2. Rodina, 3. Peníze, 4. Práce, 5. Záliby, 6. Cestování, 7. Víra.

Nenalezeny žádné ošetřovatelské problémy.

6.5 Ošetřovatelské diagnózy

Z odebrané ošetřovatelské anamnézy podle M. Gordonové jsem uvedla deset ošetřovatelských akutních diagnóz a dvě potencionální.

6.5.1 Ošetřovatelské diagnózy akutní

1. Akutní bolest z důvodu operačního výkonu projevující se verbalizací pacientky
2. Chronická bolest z důvodu migrény projevující se nauzeou a bolestí hlavy
3. Hypertermie z důvodu zvýšení tělesné teploty projevující se zvýšenou naměřenou hodnotou
4. Nauzea z důvodu příjmové diagnózy projevující se zvracením
5. Zácpa z důvodu nedostatečného příjmu vlákniny projevující se pocitem plného konečníku a bolestí břicha
6. Spánek porušený z důvodu stresové situace projevující se špatným usínáním
7. Únava z důvodu nedostatečného spánku projevující se neschopností vykonávat běžné denní činnosti
8. Strach z důvodu plánovaného výkonu projevující se verbalizací
9. Strach z důvodu nástupu komplikací po prodělaném výkonu projevující se nervozitou a plačtivostí

10. Deficit tělesných tekutin z důvodu nízkého příjmu tekutin a zvýšené tělesné teploty projevující se suchou kůží a sníženým kožním turgorem

Ošetřovatelská diagnóza 00132

Akutní bolest z důvodu operačního výkonu projevující se verbalizací klientky.

Cíl: Klientka nebude trpět bolestí (do 1 hodiny)

Výsledná kritéria:

- Klientka je edukována o úlevových polohách. (do 15 minut)
- Klientka je informována o možnosti podání analgetik dle ordinace lékaře. (do 10 minut)

Ošetřovatelské intervence:

- Proved' důkladné posouzení bolesti včetně lokalizace, charakteru, nástupu, trvání, závažnosti (stupnice 0 – 10) a zhoršujících faktorů.
- Ber v úvahu lokalizaci chirurgického zákroku, která může mít vliv na pooperační bolest.
- Posuď vnímavost klientky, její chování a fyziologickou odpověď.
- Povšimni si postoje klientky k bolesti a užívání léků proti bolesti včetně anamnézy abúzu návykových látek.
- Odved' pozornost od bolesti zájmovou činností.
- Podávej analgetika dle ordinace lékaře.

Realizace:

Klientce jsem doporučila činnosti, při kterých by odvedla pozornost od bolesti (sledování televize, čtení knihy, časopisu). Také jsem jí poradila úlevové polohy, probrala jsem s ní možnosti podání analgetik. Klientce jsem podala analgetika dle ordinace lékaře.

Vyhodnocení:

Bolest ustoupila, klientka se cítila lépe. Cíl a výsledná kritéria byla splněna.

Ošetrovatelská diagnóza 00133

Chronická bolesť z dôvodu migrény prejavujúcej sa nauzeou a bolesťou hlavy.

Cíl: Pomoci zvládnout klientce bolesť a prejavy migrény. (do 5 hodín)

Výsledná kritéria:

- Klientka je informovaná o možnosti podání analgetik dle ordinace lékaře. (do 10 minut)
- Klientka je edukována o činnostech odvádějících pozornost od bolesti. (do 15 minut)

Ošetrovatelské intervence:

- Proved' důkladné posouzení bolesti včetně lokalizace, charakteru, nástupu, trvání, závažnosti (stupnice 0 – 10) a zhoršujících faktorů.
- Zhodnot' současné i minulé užívání analgetik.
- Zajisti klientce čas a místo na odpočinek.
- Zjistí trvání bolesti, druh provedených vyšetření a již vyzkoušené léky.
- Zaznamenávej do ošetrovatelské dokumentace hodinu nástupu bolesti, její trvání a intenzitu.
- Podávej analgetika dle ordinace lékaře.

Realizace:

Klientce jsem zajistila klid na odpočinek a soukromí. Informovala jsem jí o činnostech odvádějících pozornost od bolesti.. Podávala jsem analgetika dle ordinace lékaře.

Vyhodnocení:

Klientce se po odpočinku ulevilo. Povedlo se jí odvést pozornost od bolesti. Cíl a výsledná kritéria byla splněna.

Ošetrovatelská diagnóza 00007

Hypertermie z důvodu zvýšení tělesné teploty projevující se zvýšenou naměřenou hodnotou tělesné teploty a pocením.

Cíl: Snížit tělesnou teplotu na hodnotu normy. (do 2 hodin)

Výsledná kritéria:

- Klientka je edukována o důležitosti, měřit si tělesnou teplotu 1x za hodinu. (do 5 minut)
- Klientka je informována o podávání antipyretik dle ordinace lékaře. (do 10 minut)

Ošetrovatelské intervence:

- Rozpoznej základní příčinu zvýšené tělesné teploty.
- Monitoruj fyziologické funkce klientky (tělesná teplota, krevní tlak, puls, dech).
- Sleduj příjem a výdej klientky.
- Všímej si celkového vzhledu klientky a jestli se klientka potí.
- Sleduj laboratorní nálezy.
- Podávej antipyretika dle ordinace lékaře.

Realizace:

Klientce jsem vysvětlila, jak je v této chvíli důležité měřit si tělesnou teplotu 1x za hodinu. Také jsem jí doporučila zvýšit příjem tekutin, kvůli zvýšené tělesné teplotě a následnému pocení. Podala jsem klientce antipyretika dle ordinace lékaře.

Vyhodnocení:

Tělesná teplota klesla. Klientku jsem poučila, že by měla zůstat v klidu na lůžku. Klientka se řídila mými pokyny. Cíl a výsledná kritéria byla splněna.

Ošetřovatelská diagnóza 00134

Nauzea z důvodu příjmové diagnózy (těhotenství) projevující se zvracením.

Cíl: Klientka se bude cítit lépe a nauzea se nebude vyskytovat.

Výsledná kritéria:

- Klientka má dostatečný příjem tekutin. (do 24 hodin)
- Klientka přijímá potravu bez problémů. (do 24 hodin)
- Klientka nemá pocit na zvracení a nepociťuje nevolnost. (do 2 dnů)

Ošetřovatelské intervence:

- Podávej klientce antiemetika dle ordinace lékaře.
- Odstraň všechny vnější vlivy, které mohou vyvolat nauzeu a zvracení.
- Zajisti u klientky denní bilanci tekutin.
- Zaznamenávej do ošetřovatelské dokumentace frekvenci zvracení, charakter a obsah zvratků.
- Zajisti klientce dostatečnou hygienu a soukromí po zvracení.
- Doporuč pacientce jíst častěji po malých porcích.
- Pouč klientku, aby jedla a pila pomalu a důkladně žvýkala.

Realizace:

Klientku jsem informovala o tom, že by měla jíst menší porce jídla častěji. Snažila jsem se s ní rozebrat jaké vůně, pachy či situace u ní vyvolávají pocity nevolnosti. Do ošetřovatelské dokumentace jsem zavedla příjem a výdej tekutin za 24 hodin. Do ošetřovatelské dokumentace jsem zaznamenávala množství a charakter zvratků.

Vyhodnocení:

Klientka chápe moje poučení o stravě a pitném režimu. Aplikovala jsem antiemetika dle ordinace lékaře. Podala jsem elektrolyty a infuze na zavodnění pacientky dle ordinace lékaře. Cíl a výsledná kritéria byla splněna.

Ošetřovatelská diagnóza 00011

Zácpa z důvodu nedostatečného příjmu vlákniny projevující se pocitem plného konečníku a bolestí břicha.

Cíl: Klientka nebude mít problém s vyprazdňováním tlustého střeva (do 2 dnů)

Výsledná kritéria:

- Klientka se pravidelně vyprazdňuje, frekvence a konzistence stolice jsou v mezích normy. (do 2 dnů)
- Klientka nepocituje bolesti ani nadměrnou námahu při defekaci. (do 2 dnů)
- Klientka je edukována o účincích laxancií. (do 30 minut)
- Klientka je informovaná o jídlech bohatých na vlákninu. (do 1 hodiny)

Ošetřovatelské intervence:

- Informuj klientku o škodlivosti pravidelného používání projímadel.
- Zjisti způsoby, jakými se klientka před hospitalizací vyprazdňovala.
- Zjisti dobu trvání obtíží s vyprazdňováním.
- Zajisti soukromí při defekaci pacienta.
- Aplikuj laxancia dle ordinace lékaře.
- Zajisti výživu s dostatečným přísunem vlákniny.
- Aktivizuj pacientku přes den.

Realizace:

S klientkou jsme si o obtížích s defekací promluvily. Doporučila jsem jí potraviny a tekutiny s vysokým obsahem vlákniny. Snažila jsem se pacientku pobízet k aktivitě přes den. Zajistila jsem jí soukromí na toaletě při defekaci. Aplikovala jsem laxancium dle ordinace lékaře.

Vyhodnocení:

Klientka verbalizovala, že už nemá takové obtíže při vyprázdnění tlustého střeva a zařadila do svého jídelníčku doporučené potraviny a tekutiny. Cíl a výsledná kritéria byla splněna.

Ošetřovatelská diagnóza 00095

Spánek porušený z důvodu stresové situace projevující se špatným usínáním.

Cíl: Pacientka nemá problémy s usínáním a spí klidně celou noc.
(do 2 dnů)

Výsledná kritéria:

- Klientka zná důležitost dodržování stejného času usínání. (do 24 hodin)
- Klientka se cítí ráno po probuzení odpočatá. (do 24 hodin)
- Klientka neudává poruchu spánku. (do konce hospitalizace)

Ošetřovatelské intervence:

- Edukuj klientku o důležitosti postele pouze pro spánek, ne pro jiné aktivity.
- Aktivizuj klientku během dne zájmovými činnostmi.
- Zhodnoť užívání kofeinu.
- Doporuč omezení příjmu kofeinu.
- Vypetej se na okolnosti, které ruší usínání.
- Vyzkoušej různé způsoby, jak zlepšit usínání (koupel, teplé mléko, poslech tiché hudby).

Realizace:

Klientce jsem se snažila během dne naplánovat program činností na vyplnění jejího volného času (četba, sledování televize). Před spaním si pacientka dopřála teplou sprchu a požádala o teplé mléko s medem. Poté jsem jí upravila postel a vyvětrala pokoj. Snažila jsem se také vyeliminovat rušivé faktory.

Vyhodnocení:

Klientka neudává poruchu spánku. Cíle a výsledná kritéria byla splněna.

Ošetřovatelská diagnóza 00093

Únava z důvodu nedostatečného spánku projevující se neschopností vykonávat běžné denní činnosti.

Cíl: Klientka se cítí odpočatá a není unavená. (do 2 dnů)

Výsledná kritéria:

- Klientka je přes den aktivní. (do 2 dnů)
- Klientka neverbalizuje projevy únavy. (do konce hospitalizace)
- Klientka spí 8 hodin denně. (do konce hospitalizace)

Ošetřovatelské intervence:

- Urči schopnost účastnit se běžných denních aktivit.
- Posud' přítomnost spánkové poruchy.
- Povšimni si rozložení energie během dne, které charakterizuje konkrétní typ únavy a umožňuje načasování aktivity.
- Vytvářej prostředí zmírňující únavu.
- Plánuj péči tak, aby měla pacientka dostatek času k nerušenému odpočinku.
- Postarej se o rozptýlení klientky.

Realizace:

Klientku jsem během dne pozorovala, abych zjistila, v jakém časovém úseku je nejvíce unavena. Společně jsme naplánovaly program denních aktivit tak, aby se klientce nastavil určitý režim dne. Také jsme naplánovaly čas pro odpočinek.

Vyhodnocení:

Klientka se cítí lépe a je více odpočatá. Přes den zvládá více věcí a neverbalizuje projevy únavy. Cíl a výsledná kritéria byla splněna.

Ošetrovatelská diagnóza 00148

Strach z důvodu plánovaného výkonu projevující se verbalizací.

Cíl: Klientka nebude mít strach z plánovaného výkonu. (do 30 minut)

Výsledná kritéria:

- Klientka je poučena o výkonu. (do 15 minut)

Ošetrovatelské intervence:

- Edukuj klientku o výkonu.
- Prober s klientkou možné pooperační komplikace.
- Všimni si, nakolik je klientka soustředěna a kam upírá pozornost.
- Buď klientce nablízku.
- Aktivně naslouchej klientčiny obavám.
- Dej příležitost k otázkám a upřímně je zodpověz.

Realizace:

S klientkou jsem si o zákroku pohovořila, vysvětlila jsem jí, její dotazy. Společně jsme polemizovali o jejích obavách. Klientku jsem ujistila, že se mě a jiného zdravotnického personálu může kdykoliv a na cokoliv zeptat. Domluvila jsem jí rozhovor s lékařem, aby klientka dostala dostatečné množství informací jak přesně zákrok probíhá a jaká je jeho prognóza.

Vyhodnocení:

Klientka je klidnější, začíná být usměvavá, její strach se zmírnil. Cíl a výsledná kritéria byla splněna.

Ošetřovatelská diagnóza 000148

Strach z důvodu nástupu komplikací po prodělaném výkonu projevující se nervozitou a plačtivostí.

Cíl: Klientka bude zbavena strachu z pooperačních komplikací.
(do 1 hodiny)

Výsledná kritéria:

- Klientka je edukována o operačním výkonu. (do 15 minut)
- Klientka je informována o prevenci pooperačních komplikací. (do 20 minut)

Ošetřovatelské intervence:

- Edukuj klientku o operačním výkonu.
- Vyslechni klientku.
- Odved' pozornost klientky zájmovou činností.
- Všimni si, nakolik je klientka soustředěna a kam upírá pozornost.
- Ujisti klientku, že jí bude poskytnuta odborná péče.

Realizace:

Vysvětlila jsem klientce jak bude operační výkon probíhat. Vyslechla jsem její obavy a snažila jsem se jí uklidnit a ujistit o tom, že jí bude poskytnuta odborná péče. Informovala jsem klientku o možných pooperačních komplikacích.

Vyhodnocení:

Klientka se cítí trochu klidnější, začala mi důvěřovat. Její obavy se nám podařilo zmírnit. Cíl a výsledná kritéria byla splněna.

Ošetrovatelská diagnóza 00027

Deficit tělesných tekutin z důvodu nízkého příjmu tekutin a zvýšené tělesné teploty projevující se suchou kůží a sníženým kožním turgorem.

Cíl: Klientka bude informována o důležitosti dodržování pitného režimu.
(do 30 minut)

Klientka bude dostatečně hydratována. (do 2 dnů)

Výsledná kritéria:

- Klientka ví, jak důležité je dodržování pitného režimu. (do 1 hodiny)
- Klientka zná rizika nedostatečného příjmu tekutin. (do 45 minut)
- Klientka si zapisuje denní příjem tekutin. (do 30 minut)

Ošetrovatelské intervence:

- Informuj klientku o rizicích nedostatečného příjmu tekutin.
- Zaveď u klientky do ošetrovatelské dokumentace bilanci tekutin.
- Promluv s lékařem o vhodnosti zavedení infuzní terapie.
- Plň ordinace lékaře.
- Zjisti negativní účinky léků.

Realizace:

S klientkou jsem si pohovořila o důležitosti dodržování pitného režimu. Společně jsme vybraly několik nápojů, které má ráda. Klientka si pečlivě zapisuje denní příjem tekutin. Do zavedené intravenózní kanyly jsem aplikovala infuzní terapii (1000 ml Fyziologického roztoku) dle ordinace lékaře.

Vyhodnocení:

Klientka denně vypije 2,5 litru tekutin. Zlepšil se kožní turgor. Kůže je více hydratována. Cíl a výsledná kritéria byla splněna.

6.5.2 Ošetřovatelské diagnózy potencionální

1. Riziko vzniku infekce z důvodu zavedení permanentního žilního katetru (levá horní končetina) projevující se bolestí v místě vpichu

2. Riziko situačně snížené sebeúcty z důvodu podstoupeného operačního výkonu projevující se verbalizací klientky

Ošetřovatelská diagnóza 00004

Riziko vzniku infekce z důvodu zavedení permanentního žilního katetru projevující se bolestí v místě vpichu.

Cíl: Předejít infekci.

Ošetřovatelské intervence:

- Povšimni si rizikových faktorů výskytu infekce.
- Pátřej po místních známkách infekce v místě vstupu kanyly.
- U invazivního postupu pečlivě dodržuj sterilní techniku

Ošetřovatelská diagnóza 00153

Riziko situačně snížené sebeúcty z důvodu podstoupeného operačního výkonu projevující se verbalizací klientky.

Cíl: Klientka se nebude negativně hodnotit.

Ošetřovatelské intervence:

- Povšimni si, zda je klientka dominantní či spíše submisivní osobností.
- Povzbuzuj klientku k vyjádření pocitů a úzkosti.
- Aktivně naslouchej negativním vyjádřením.
- Dej klientce najevo, že věříš, že je schopná zvládnout současnou situaci.

ZÁVĚR

Svou práci jsem psala na téma Problematika umělého ukončení těhotenství. Cílem práce bylo osvětlit problematiku interrupce široké veřejnosti a pomoci k tomu, aby si každý udělal svůj vlastní názor. Umělé ukončení těhotenství bohužel není jen medicínským problémem. Týká se to nás všech. Každý člověk má k tomuto problému jiný přístup, souvisí to především s osobní morálkou a náboženským vyznáním. Interrupce vždy bude spornou otázkou s příznivci i odpůrci. V mé práci uvádím informace týkající se interrupcí, které jsou nezkreslené, protože většina odpůrců kteří protestují proti interrupcím má nepodložené argumenty vycházející z toho, že na interrupci je pohlíženo jako na vraždu. Tudíž hrají na city veřejnosti a rozum nechávají kdesi daleko za sebou. Lidé a především církev, která se staví k interrupcím negativně, nedávají tento zákrok do souvislosti se statistikami o nelegálních potratech, které mají daleko horší následky než legálně provedená interrupce. Jsem osobně ráda, že v České republice jsou interrupce legální, protože si myslím, že kdyby tomu bylo naopak, vzrostl by počet nelegálně prováděných interrupcí a mělo by to katastrofální důsledky pro celou společnost, protože by nebyl usmrcen jen plod, ale často by umírala i matka. Když se podíváme do historie, tak je zcela patrné, že výrazně ubylo nelegálních potratů až po zlegalizování umělého přerušování těhotenství. A jak se k tomu postavíte vy? Jste pro nebo proti? Je to věc názoru každého z nás a je jen na nás jak si odpovíme. Já osobně proti potratům nejsem, ale asi bych tento zákrok nepodstoupila.

Myslím si, že kdyby společnost věděla jak interrupce probíhá, daleko více by si uvědomila důležitost ochrany před početím, protože dle mého názoru interrupce rozhodně není antikoncepce.

Klientka se kterou jsem spolupracovala byla velmi ochotná. O ženu jsem se starala po dobu její dvoudenní hospitalizace na pooperační gynekologii. Péče spočívala v plnění ošetřovatelských úkonů a ordinací lékaře.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

- Doporučila bych, aby v ordinacích gynekologů, ale i praktických lékařů byly k dispozici materiály zaměřené na antikoncepci (druhy a dostupnost).
- V ordinacích praktických lékařů i gynekologů by měla být dostupná literatura o umělém ukončení těhotenství, případně materiály které obsahují obrázkové publikace a video, na kterém je natočen tento zákrok, aby ženy věděly jak interrupce probíhá.
- Rozšířila bych osvětu potratů i po internetu, edukační materiál by měl být zprostředkován důvěryhodným informačním zdrojem, tedy odborníkem.
- V každé gynekologické ordinaci bych zavedla poradny plánovaného rodičovství.
- Na základních školách bych zavedla přednášky o prevenci početí a důležitosti správného užívání antikoncepce. Edukovala bych studenty za pomoci videa, které zachycuje průběh zákroku a dále bych jim poskytla materiály informující o této problematice.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Knihy:

1. ARCHALOUSOVÁ, Alexandra. 2003. *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*. Ráby : NUCLEUS HK, 2003. ISBN 80-86225-33-X.
2. BAHOUNEK, T. J. aj. 2007. *Čtyři pohledy na interrupci*. 2007. Ostrava : KEY Publishing s.r.o., 2007. ISBN 978-80-87071-09-0.
3. BRECKWOLTD, M. aj. 1996. *Gynekologie a porodnictví*. Z něm. orig. přel. Vladimír Šabata. 1996. Martin : Osveta, 1996. ISBN 80-88824-56-7.
4. ČECH, E. aj. 2006. *Porodnictví*. 2. přepr. a dopl. vyd. 2006. Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1313-9.
5. ČERNÝ, Milan; Schelleová, Ilona. 2003. *Právní úprava umělého přerušení těhotenství*. Praha : Eurolex Bohemia, 2003. ISBN 80-86432-60-2.
6. DOENGES, Marilyn, E.; MOORHOUSE, Mary Frances. 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. rozš. a přepr. vyd. z angl. orig. přel. Ivana Suchardová. Praha : Grada Publishing, 2001. ISBN 80-247-0242-8.
7. ELIŠKOVÁ, Miloslava; NAŇKA, Ondřej. 2006. *Přehled anatomie*. Praha : Univerzita Karlova v Praze, 2006. ISBN 80-246-1216-X.
8. HAŠKOVCOVÁ, Helena. 1997. *Lékařská etika*. 2. dopl. a přepr. vyd. Praha : Galén, 1997. ISBN 80-85824-54-X.
9. HAVRÁNEK, František. 1982. *Interruptio graviditatis*. Praha : Avicenum, 1982. ISBN 08-076-82.
10. KOŘENEK, Josef. 2001. *Lékařská etika*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2001. ISBN 80-244-0324-2.

11. KOTÁSEK, Alfred. 1976. *Porodnické operace*. 2. přepr. vyd. Praha : Avicenum, 1976. ISBN 08-026-76.
12. KOZIEROVÁ, B.; ERBOVÁ, G.; OLIVIERIOVÁ, R. 1995. *Ošetrovatel'stvo*. Martin : Osveta, 1995. ISBN 80-217-0528-0.
13. KUDELA, Milan; a kol. 2004. *Základy gynekologie a porodnictví*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2004. ISBN 80-244-0837-6.
14. MAREČKOVÁ, Jana. 2006. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 80-847-1399-3.
15. NĚMCOVÁ, Jitka; MAURITZOVÁ, Ilona. 2009. *Skripta k tvorbě bakalářských a magisterských prací*. Praha : Maurea, s.r.o., 2009. ISBN 978-80-902876-0-0.
16. ONDOK, Josef Petr. 2005. *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*. Praha . Triton s.r.o., 2005. ISBN 80-7254-486.
17. PEKÁRKOVÁ, M. aj. 2000. *Potrat ano-ne aneb na pokraji života*. 2000. Praha : Grada Publishing, 2000. ISBN 80-7169-922-5.
18. RATISLAVOVÁ, Kateřina. 2008. *Aplikovaná psychologie - porodnictví*. Praha : Reklamní atelier Area s.r.o., 2008. ISBN 978-80-254-2186-4.
19. STAŇKOVÁ, Marta. 2005. *Jak zavést ošetrovatelský proces do praxe*. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2005. ISBN 80-7013-282-5.
20. ŠTEFAN, Jiří; MACH, Jan. 2005. *Soudně lékařská a medicínsko-právní problematika v praxi*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2005. ISBN 80-247-0931-7.

Časopisy a jiné zdroje:

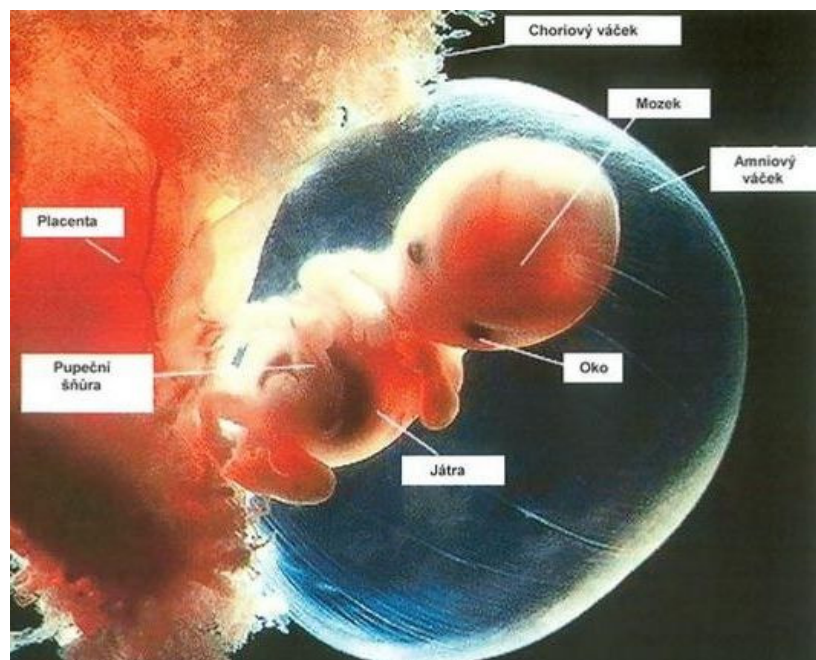
1. OPOČENSKÁ, Martina. 2004. Interrupce – právo ženy a nenarozeného dítěte. In *Sestra*. ISSN 1210-0404, 2004, roč. 14, č. 7-8, s. 9.
2. BOČÁNKOVÁ, R. 2009. [online]. 2009. [cit. 2010-03-23]. Dostupné na WWW: <<http://www.babyweb.cz/Clanky/a1192-Umele-preruseni-tehotenstvi-ze-zdravotnich-duvodu.aspx>>
3. HOLLÁ, K. 2009. *Babyweb*. [online]. 2009. [cit. 2010-04-12]. Dostupné na WWW: <<http://www.babyweb.cz/Clanky/a118-Potrat-co-o-nem-mozna-nevite.aspx?s=130>>
4. HOLLÁ, K. 2007. [online]. 2007. [cit. 2010-03-14]. Dostupné na WWW: <<http://www.sexualne.cz/novinky/interrupce-potrat-220>>
5. PAŘÍZEK, A., [online]. [cit. 2010-03-10]. Dostupné na WWW: <<http://www.porodnice.cz/node/33289>>
6. SOKAČOVÁ, L. 2006. *Britské listy*. [online]. 2006. [cit. 2010-03-14]. Dostupné na WWW: <<http://www.blisty.cz/2006/1/5/art26365.html>>
7. UZEL, R. 2007. *Sestra*. [online]. 2007. [cit. 2010-03-23]. Dostupné na WWW: <<http://www.zdn.cz/clanek/sestra/komplikace-interrupce-295951>>
8. *Kájin blogís*. [online]. 2007. [cit. 2010-04-18]. Dostupné na WWW: <<http://kajiiiis.blog.cz/0706/zenske-zevni-pohlavni-organy>>
9. Ministerstvo zdravotnictví, 2000. *Hnutí Pro život*. [online]. 2000. [cit. 2010-03-23]. Dostupné na WWW: <<http://prolife.cz/?a=24&id=37>>

OBRÁZKY



Obrázek 1 - Sedmítýdenní plod

(<http://www.knowledgeweb.info/interruptce/interruptce.html>)



Obrázek 2 - Jedenáctitýdenní plod

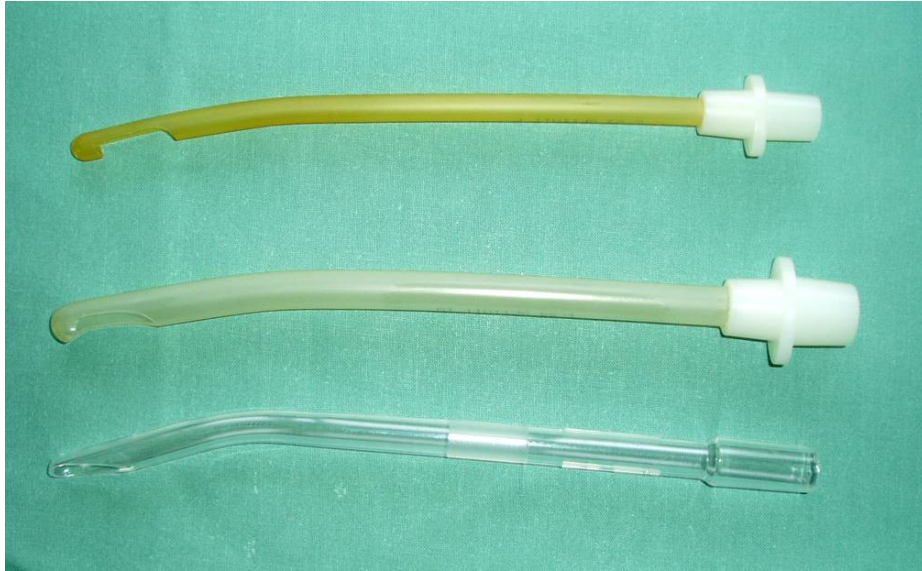
(<http://www.knowledgeweb.info/interruptce/interruptce.html>)



Obrázek 4 - Abortové kleště (archív MUDr. Koterová – ÚPMD)



Obrázek 3 - Dilátatory (archív MUDr. Koterová – ÚPMD)



Obrázek 5 - Sukční kyrety (archív MUDr. Koterová – ÚPMD)



Obrázek 6 - Kyrety (archív MUDr. Koterová – ÚPMD)

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Žádost o umělé přerušení těhotenství (1.strana).....I	I
Příloha č. 2 – Žádost o umělé přerušení těhotenství (2. strana).....II	II
Příloha č. 3 – Zákon o umělém přerušení těhotenství (1. strana).....III	III
Příloha č. 4 – Zákon o umělém přerušení těhotenství (2. strana).....IV	IV

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

1. Příjmení		IČO - PČZ ZZ	kdo byl výkon proveden		které výkon provedlo	
Jméno			ZZ		IČO - PČZ	
Rozená			Rodné číslo			
2. Trvalé bydliště (obec, okres)			*)			
3. Zaměstnání (slovně - bez zkratk)			*)			
4. Rodinný stav	0 - neznám 1 - svobodná 2 - vdaná	3 - rozvedená 4 - vdova 5 - družka				
5. Státní občanství	1 - české	2 - jiné				
6. Národnost	0 - neznámá 1 - česká 2 - slovenská 3 - moravská 4 - slezská	5 - maďarská 6 - romská 7 - polská 8 - německá 9 - jiná				
7. Vzdělání	1 - základní neukončené 2 - základní ukončené 3 - střední odborné 4 - úplné střed. odborné	5 - úplné stř. všeob. 6 - bakalářské 7 - vysokoškolské 9 - neznámé				
8. Počet porodů						
9. Počet živě narozených dětí						
10. Počet dosavadních UPT						
11. Počet dosavadních samovolných potratů						
12. Druh potratu	1 - samovolný 2 - miniinterrupce 3 - jiné legální UPT	4 - ostatní potraty 5 - mimoděložní				
13. UPT ze zdravotních důvodů		1 - ano 2 - ne	dg.			
14. Datum provedení potratu		den:	měsíc, rok			
15. Stáří plodu v týdnech						
16. U plodu nad 16 týdnů		a) hmotnost v gramech b) míra v cm	a)	b)		
17. Antikoncepce	1 - hormonální 2 - nitroděložní	3 - pesar poševní nebo cervikální 4 - žádná				
18. Poplatek za UPT se 1 - nestanoví		2 - stanoví				

*) Vyplnit pracoviště ÚZIS ČR
NZIS 018 1 (SEVT) - 14 331 2

V2000

107/0124/2000

Žádost o umělé přerušení těhotenství - 1. strana

1.	<p><u>Žádám o umělé přerušení těhotenství. *)</u></p> <p>Souhlasím s umělým přerušením těhotenství. *)</p> <p>Dávám podnět k umělému přerušení těhotenství. *)</p> <p>Beru na vědomí poučení lékaře o možných zdravotních důsledcích umělého přerušení těhotenství. Byla jsem poučena o možnosti používání antikoncepčních metod a prostředků.</p> <p>*) Nevhodné škrtněte</p> <p style="text-align: right;">..... Datum a podpis žadatelky (zákon. zástupce)</p>
2.	<p>Poslední měsíčky: Datum posledního potratu:</p>
3.	<p>Gynekologické vyšetření a nález (výsledky ostatních vyšetření):</p> <p>.....</p> <p>Závěr lékaře:</p> <p>.....</p> <p>V dne Razítko a podpis lékaře</p>
4.	<p>Beru na vědomí možnost podat do 3 dnů žádost o přezkoumání závěru lékaře, se kterým jsem byla seznámena.</p> <p style="text-align: right;">..... Datum a podpis žadatelky (zákon. zástupce)</p>
5.	<p>Výsledek přezkoumání:</p> <p>Umělé přerušení těhotenství se</p> <p>V dne Razítko a podpis pověřeného odborníka pro obor gyn. a por.</p>
6.	<p>Zpráva o provedení výkonu a o případných komplikacích:</p> <p>.....</p> <p>V dne Razítko zařízení a podpis lékaře</p>

Žádost o umělé přerušení těhotenství - 2. strana

Sbírka zákonů republiky Československé

Částka 33.

Vydána dne 30. prosince 1957

Cena 30 haléřů

OBSAH:

68. Zákon o umělém přerušení těhotenství.

68**Zákon**

ze dne 19. prosince 1957

o umělém přerušení těhotenství.

Národní shromáždění republiky Československé usneslo se na tomto zákoně:

§ 1

Úvodní ustanovení

V zájmu dalšího rozšíření péče o zdravý vývoj rodiny, ohrožované škodami způsoboványými při umělém přerušení těhotenství na zdraví a životech žen zákroky nesvědomitých osob a mimo zdravotnická zařízení, upravuje tento zákon umělé přerušení těhotenství.

Podmínky umělého přerušení těhotenství

§ 2

(1) Těhotenství lze uměle přerušit jen se souhlasem těhotné ženy a po předchozím povolení; je-li těhotná žena zcela zbavena svéprávnosti nebo pro duševní poruchu vůbec neschopna obstarávat své věci sama, lze její souhlas nahradit souhlasem jejího zákonného zástupce.

(2) Těhotenství lze uměle přerušit jen v lůžkovém zdravotnickém zařízení.

§ 3

(1) O povolení umělého přerušení těhotenství rozhoduje na žádost těhotné ženy (jejího zákonného zástupce) komise k tomu zřízená.

(2) Povolení k umělému přerušení těhotenství lze udělit jen ze zdravotních důvodů nebo z jiných důvodů zvláštního zřetele hodných.

Protiprávní přerušení těhotenství

§ 4

(1) Kdo těhotné ženě pomáhá nebo jí svede k tomu, aby

- a) své těhotenství si sama uměle přerušila,
- b) někoho požádala nebo někomu dovolila, aby jí těhotenství bylo uměle přerušeno jinak než způsobem přípustným podle tohoto zákona,

bude potrestán pro trestný čin odnětím svobody až na dvě léta.

(2) Odnětím svobody na jeden rok až pět let bude pachatel potrestán, má-li čin uvedený v odstavci 1 za následek těžkou újmu na zdraví těhotné ženy nebo její smrt.

§ 5

(1) Kdo se souhlasem těhotné ženy uměle přerušil její těhotenství jinak než způsobem přípustným podle tohoto zákona, bude potrestán pro trestný čin odnětím svobody na jeden rok až pět let.

(2) Odnětím svobody na tři až deset let bude pachatel potrestán,

- a) dopustí-li se činu uvedeného v odstavci 1 výdělečně, nebo
b) má-li takový čin za následek těžkou újmu na zdraví těhotné ženy nebo její smrt.

§ 6

Beztretnost těhotné ženy

Těhotná žena, která si své těhotenství sama uměle přeruší nebo někoho o to požádá nebo mu to dovolí, není trestná.

Závěrečná ustanovení

§ 7

Ministerstvo zdravotnictví vydá v dohodě s ministerstvem spravedlnosti předpisy potřebné k provedení tohoto zákona, zejména o zdravotních a jiných důvodech zvláštního zřetele hodných (§ 3 odst. 2), o organizaci komisí a řízení prováděném těmito komisemi (§ 3 odst. 1).

§ 8

(1) Zrušuje se ustanovení § 218 trestního zákona č. 86/1950 Sb.

(2) Trest pravomocně uložený před účinností tohoto zákona za trestný čin usmrcení lidského plodu podle § 218 odst. 1 tr. zák. se nevykoná. Byl-li takový trest uložen jako trest úhrnný nebo dodatkový, užije se přiměřeně ustanovení § 392 trestního řádu.

(3) Na pachatelku odsouzenou před účinností tohoto zákona pro trestný čin usmrcení lidského plodu podle § 218 odst. 1 tr. zák. se dnem účinnosti tohoto zákona hledí, jako by nebyla odsouzena.

§ 9

Tento zákon nabývá účinnosti dnem vyhlášení; provedou jej ministři zdravotnictví a spravedlnosti v dohodě se zúčastněnými členy vlády

Novotný v. r.

Fierlinger v. r.

Široký v. r.

Plojhar v. r.

Dr. Škoda v. r.